

ネオフィストスコレ ウェビナー(WEB研修)コース/申込書

↓ご希望のコースの ☐ の中にチェック ☒ を入れてください

ご希望コース	コ ー ス 内 容	研修時間	受講料 (税別)
<input type="checkbox"/>	保険調剤基礎コース	6 時間× 4 日間=24時間	100,000円 (人数制限なし)
<input type="checkbox"/>	薬局管理完璧コース	6 時間× 2 日間=12時間	100,000円 (3人迄) 4人以上～要相談
<input type="checkbox"/>	医療保険と調剤報酬コース	6時間	50,000円 (3人迄) 4人以上～要相談
<input type="checkbox"/>	薬歴管理とかかりつけ薬剤師実践コース	6 時間	50,000円 (3人迄) 4人以上～要相談
<input type="checkbox"/>	在宅医療基礎コース	6 時間	50,000円 (3人迄) 4人以上～要相談
<input type="checkbox"/>	在宅医療実践コース	6 時間	50,000円 (3人迄) 4人以上～要相談
<input type="checkbox"/>	セルフメディケーショントリアージコース	6 時間	50,000円 (3人迄) 4人以上～要相談
<input type="checkbox"/>	薬局支援ウェビナーコース	2時間	100,000円 (人数制限なし)

希望開催日	第1希望日 (            年            月            日 午前 ・ 午後 )	開催希望日時に関して何かありましたらご記入ください
	第2希望日 (            年            月            日 午前 ・ 午後 )	
	第3希望日 (            年            月            日 午前 ・ 午後 )	

会 社 名	ふりがな	ふりがな	連絡希望事項
	会 社 名 (正式名称)	薬局名または 事業所名	
	所在地: 〒		
	電話番号: ( )	FAX番号: ( )	
	責任者氏名:	所 属 役職名	
代 表 受 講 者 名	ふりがな	勤務先名:	
	受講者 氏 名:	Mail アドレス:	
	教材送付先 → 自宅・薬局(薬局名: )・その他( ) 住 所: 〒		
	電話番号: ( )	FAX番号: ( )	

**受講申込先**  
(郵送かFAXどちらかで)

＜郵 送 先＞〒153-0063 東京都目黒区目黒1-6-23 (有)ネオフリスト研究所

<FAX送信先> **03 (5759) 1724** (有)ネオフリスト研究所