（別紙３）

徳島県保健福祉部薬務課　石川、杉山　宛

**メールアドレス　yakumuka@pref.tokushima.lg.jp**

**FＡＸ番号　０８８－６２１－２８４２（送信票不要）**

PhDLS徳島コース受講申込用紙

締切：令和７年１１月１４日（金）

|  |  |
| --- | --- |
| 　コース（いずれかに〇） | ・（　）令和８年１月１０日（土）インストラクターコース　受講　　　**１月１１日　タスク参加について（　可　・　不可　）**・（　）令和８年１月１１日（日）プロバイダーコース　受講・（　）令和８年１月１１日（日）プロバイダーコース　タスク参加　　　（今回の研修以前にインストラクターコースを受講されている方） |
| 所属名（勤務先） |  |
| フリガナ氏　名 |  |
| 氏名　ローマ字表記 |  |
| 生年月日（西暦表記） |  |
| 連絡先勤務先電話番号 |  |
| 研修当日連絡先（※任意） |  |
| 連絡先ｅ-ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |
| プロバイダーコース受講年月日※インストラクターコース受講者のみ |  |

※受講申込み後、研修に関する事務局からの連絡は、原則メールで対応させて

いただきますので、ご了承ください。