**薬剤師に必要なフィジカルアセスメント**

**参加申込書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **施設名** |  | | | |
| **住所** |  | | | |
| **連絡先** |  | | | |
|  |  |  | | |
| ふりがな **氏名** | **連絡先（メールアドレス）** | **参加日** ご希望の日に○ | | |
|  |  | Basic | 10月15日　・　11月19日 | |
| Advance | 12月17日　・　1月28日 | |
|  |  | Basic | | 10月15日　・　11月19日 |
| Advance | | 12月17日　・　1月28日 |
|  |  | Basic | | 10月15日　・　11月19日 |
| Advance | | 12月17日　・　1月28日 |
| **備考** |  | | | |

〈申込先〉島根県薬剤師会事務局 FAX:0852-26-5358

▼内容についてのお問合わせ

島根大学医学部附属病院 クリニカルスキルアップセンター

　〒693-8501　島根県出雲市塩冶町89-1

　電話　0853（20）2551　　　FAX　0853（20）2601

　　E-Mail　　skill-up@med.shimane-u.ac.jp