（別紙３）

徳島県保健福祉部薬務課　石川、中上　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８年１１月４日（水）

コース （いずれかに〇）	・（　）令和８年１２月２６日（土）インストラクターコース　受講 **１２月２７日　タスク参加について（　可　・　不可　）** ・（　）令和８年１２月２７日（日）プロバイダーコース　受講 ・（　）令和８年１２月２７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。