

제9기 고급임상약학:프리셉터교육과정 신청서

(수강료 입금 계좌번호 : (농협) 079-01-417382 <약학교육연수원>)

문의사항 : 02) 740-8549, FAX : 02) 874-4169

E-mail : cepharm@plaza.snu.ac.kr

1. 이름 :

2. 약사면허번호 :

3. 주민등록번호 :

4. 출신교(학과) : (/)

5. 약국 또는 직장명 :

6. 임상약학 선행교육 강좌명파 이수(졸업) 연도:

(서울대학교 약학교육연수원의 임상약학 연수교육 혹은 약학대학의 임상약학대학원 혹은 병원의 전공약사 과정 혹은 한국병원약사회의 임상약학강좌 해당)

7. 근무처주소(우편번호) :

전화번호 :

FAX :

8. 자택주소(우편번호) :

전화번호 :

FAX :

9. 경력:

10. 핸드폰번호 :

11. Emil(입학안내서 발송 때문에 필히 기재요망) :