【様式1】※紹介者が神奈川県薬剤師会会員の場合、様式１の提出は不要。

　　　　　 会員番号をルーキーメンバー申請希望者にお伝えください。

神奈川県薬剤師会ルーキーメンバー紹介状

〇年　　〇月　　〇日

公益社団法人神奈川県薬剤師会 会長殿

〇〇〇〇大学薬学部

実務実習担当　〇〇〇〇　印

認印OK

貴会ルーキーメンバー制度において、下記の者を紹介申し上げます。

　　　　〇〇大学〇〇学部　　〇年　　〇〇〇〇〇

＜紹介者（教員）の連絡先＞

　電話番号：〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

　メールアドレス：〇〇〇＠〇〇〇〇〇

　　※上記は本会より紹介者宛てに連絡がある場合に利用いたします。

＜チェック項目＞

□神奈川県薬剤師会ルーキーメンバー制度運用規程を確認した。