**第1９回 セルフメディケーションアワード　応募票**

※「ＪＡＣＤＳ認定アドバイザー（Ｗライセンス制度）関連確認事項」以外は、すべて必須項目です

◆カテゴリー： **※該当するカテゴリー名右の[　　]に○を記入してください。**

**○ 薬局、ドラッグストア業界従事者 ［ ］**

**１）エキスパート部門［ ］ ／ フレッシュ活動部門［ ］※該当区分右の[　]に○を記入**

※エキスパート部門：業界経験３年超　／　フレッシュ部門：業界経験３年以内（募集時点での業界での勤務年数）

**２）保有資格：ＪＡＣＤＳ認定アドバイザー ・ 薬剤師 ・ 登録販売者 ・ 栄養士／管理栄養士**

**※該当する区分を○で囲むか、該当区分以外を削除**

**○ 薬学生、薬業専門学校生 ［ ］**

所属：

**※在籍する学校、学部名を記入してください。**

◆応募者

ふりがな ：

氏　　名 ：

◆連絡先

住所区分 ：自宅・職場・その他 **※該当する区分を○で囲むか、該当区分以外を削除**

郵便番号 ：

住　　所 ：

電話区分 ：自宅・職場・携帯 **※該当する区分を○で囲むか、該当区分以外を削除**

電話番号 ：

Ｅｍａｉｌ ：

◆タイトル　：

◆ＪＡＣＤＳ認定アドバイザー（Ｗライセンス制度）関連確認事項

ヘルスケアアドバイザー （ＨＣ－　　　　　　）

ビューティケアアドバイザー （ＢＣ－　　　　　　）

ベビーケアアドバイザー （ＢＢ－　　　　　　）

漢方アドバイザー （ＫＰ－　　　　　　）

　**※保有する資格の認定番号をすべて記入**

◆問い合わせ先

一般社団日本チェーンドラッグストア協会「セルフメディケーションアワード」募集係

〒101-0062　東京都千代田区神田駿河台2丁目9番地　KDX御茶ノ水ビル2階

TEL：03-6273-7351　　E-mail：jstaff@jacds.gr.jp

-受付番号(事務局使用)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　-部門名(事務局使用)

**タイトル：**

**所属：**

**氏名：**

※目安：1行45文字×45行　2,025文字　文字サイズ、行間等は変更しないようにお願います。

本文書き出し：