

かかりつけ薬局普及促進事業

「おでかけ薬剤師とお気軽トーク」

薬剤師派遣申込書

受附印

申込年月日	年 月 日 ()			
団体・サークル名				
代 表 者	住 所			
	氏 名			
	連絡先	☎	—	—
		FAX	—	—
e-mail				
活動の本拠地	学(地)区			
開 催 日 時	第一希望	月 日 ()	: ~ :	
	第二希望	月 日 ()	: ~ :	
	第三希望	月 日 ()	: ~ :	
開 催 場 所 必ず記入のこと 《原則として公的施設に限る》	所在地	草津市		
	正式名称			
希 望 す る ト ー ク の 内 容				
参加予定人数	約 人			
その他特記事項				

※希望する開催日のおおむね一か月前までにお申込みください。

※一般社団法人びわこ薬剤師会 事務局記入欄

派遣日時	月 日 () : ~ :	<input type="checkbox"/> 申込者 連絡	<input type="checkbox"/> 派遣薬剤師 連絡	<input type="checkbox"/> 事務局 チェック
派遣薬剤師	薬剤師	/	/	/