

医療安全に関する研修会参加申込書

(12月3日(日)開催)

1. 会員区分 該当に○印をご記入下さい	会 員 (薬剤師会) ・ 会員外 (受講料 10,000 円)
2. 氏 名	
3. 勤務先名(連絡先) (自宅の場合は「自宅」とご記入下さい。)	
4. 勤務先(連絡先)住所 (自宅の場合は自宅の住所・電話・ FAX をご記入下さい。)	〒 TEL FAX

※研修会当日のご案内を郵送またはFAXでご連絡する場合がありますのでご承知おき下さい。

【講演内容についてお聞きになりたい事がありましたらご記入をお願いします。】

申込書送付先：長野県薬剤師会事務局 fax 0263-34-0075