薬剤師を活用した在宅医療推進研修会

（令和元年度地域医療介護総合確保基金を活用した研修事業）

参 加 申 込 書（1月19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
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。

申込書送付先：長野県薬剤師会事務局 fax 0263-34-0075