

令和元年度うつ病及び自殺防止対策研修会参加申込書

(1月26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。



講演内容について聞きたいことなどをご記入下さい。

申込書送付先:長野県薬剤師会事務局 fax 0263-34-0075