

長野県薬剤師会ホームページ
「健康増進に関する取組」情報掲載依頼フォーマット

記入日 平成 年 月 日

所属地域薬剤師会名

薬局名

記入者

| | |
|--------------|--|
| 1. 実施薬局名 | |
| 2. 事業名(タイトル) | |
| 3. 開催日時 | |
| 4. 開催場所 | |
| 5. 実施内容 | |
| 6. 問合せ先 | |
| 7. その他 | |

[記入上の注意]

- ・この内容をメールでご連絡いただくことも可能です。
- ・この内容以外に、資料（広報チラシなど）がありましたら本紙に添付して下さい。

[提出先]

長野県薬剤師会事務局（担当:保険医療課）
TEL:0263-34-5511 FAX:0263-34-0075
e-mail hoken3@naganokenyaku.or.jp