

平成 年 月 日

薬 剤 師 講 師 派 遣 申 込 書

講 演 会	名称：
	日時：第1希望 平成 年 月 日() 時 分～ 時 分 第2希望 平成 年 月 日() 時 分～ 時 分 第3希望 平成 年 月 日() 時 分～ 時 分
	会場： (所在地)
	講演内容：
	対象者： (名)

主 催 者	名称： (代表者)
	TEL： FAX：

連 絡 先	名称： (担当者)
	TEL： FAX：

申込み先：〒310-0852 水戸市笠原町978番47 茨城県薬剤師会館内
TEL.029-306-8934(代) FAX.029-306-8040

注：講演会開催希望日の1ヶ月前までにお申し込みください。
なお、開催日時、講師の決定には10日ほど時間がかかります。