宛先　　町田市薬剤師会　事務局　行

ＦＡＸ　０４２－７０８－９１８２

令和元年度　第２回多摩第四地区薬剤師研修会

参加申込書

下記項目にご記入の上、町田市薬剤師会事務局までＦＡＸでお申込み下さい。

※当日は、薬剤師免許番号が証明できる物をご持参下さい。

例）●　日本薬剤師会会員証

●　認定薬剤師証

●　町田市薬剤師会発行の災害活動薬剤師認定証

●　薬剤師免許の写し（コピー、画像等）

 　　●　各地区薬剤師会会員証で免許番号が記載されている物

　申込締切：１１月２２日（金）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 薬局名 | 氏名 | 薬剤師免許番号 |  |
|  |  |  | 会員／非会員 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

共催　：多摩第四地区薬剤師会　・　大塚製薬株式会社