


|   |  |
|---|--|
|  |  |
| 開催日時  |  |
| 会 場   |  |
| 担当部会・委員会  |  |
| 研修受講シール   |  |
| JPALSコード  |  |
| 受 講 料   |  |
| <<PROGRAM>>   |  |
|   |  |

----- FAX専用申込用紙 -----

※切り離さずこのまま送信してください。

|        |  |   |
|--------|--|---|
| 所属薬剤師会 |  |   |
| 勤務先名   |  |   |
| 薬剤師名   |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 会員            ・ 非会員</li> <li>・ 薬学生(実習中・実習期間外)</li> </ul> |
| 薬剤師名   |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 会員            ・ 非会員</li> <li>・ 薬学生(実習中・実習期間外)</li> </ul> |
| 薬剤師名   |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 会員            ・ 非会員</li> <li>・ 薬学生(実習中・実習期間外)</li> </ul> |

申込先: 滋賀県薬剤師会 FAX: 077-563-9055