

	
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