

学術研修会申込書【実施日：令和元年6月25日（火）】

戸田市薬剤師会会員

参加費 無料

氏名

氏名

氏名

氏名

戸田市薬剤師会会員店舗の勤務薬剤師

参加費 ¥1,000

所属薬局名

※所属薬局名は必ずご記入ください。

氏名

氏名

氏名

氏名

氏名

氏名

氏名

氏名

氏名

氏名

その他

参加費 ¥2,000

所属薬局名

※所属薬局があれば必ずご記入ください。

氏名

TEL

住所

※申し込みはメールかFAXでお願いします

申込締切日：令和元年6月3日（月）

メールアドレス：hello-cosmo@bell.ocn.ne.jp

FAX番号：048（432）1887