

申込締切8/22(木)15:00

8月28日の研修会に参加します

参加方法(○で囲んでください)

現地 ZOOM

所 属: _____

氏 名: _____

ZOOM 希望の方は

【メールアドレス】_____

東京都薬剤師会研修認定シール希望の方は

【薬剤師免許証番号】_____

都薬会員のみ 【会員番号】_____

参加費用(○で囲んでください)

無料 500円 200円

メールでの申し込みは kokubunji.yakuzaishikai@gmail.com へ
上記項目を記載して、事務局宛てに送信ください。

備考:何でもお書きください。

FAX 送信先

042-313-8907

こくやく事務局 担当:近藤