年　　月　　日

薬剤師講師派遣申込書

講演会	名称：
	日時：第1候補　　年　月　日(　　)　時　分～　時　分 第2候補　　年　月　日(　　)　時　分～　時　分 第3候補　　年　月　日(　　)　時　分～　時　分
	会場： （所在地　　）
	講演内容：
	対象者：　　（　　名）

主催者	名称： （代表者　　）
	TEL：　　FAX：

連絡先	名称： （担当者　　）
	TEL：　　FAX：

申込み先：〒310-0852　水戸市笠原町978番47　茨城県薬剤師会館内
TEL.029-306-8934㈹　FAX.029-306-8040

注：講演会開催候補日の1ヶ月前までにお申込みください。
なお、開催日時、講師の決定にはお時間を戴くことがございます。