

FAX

岩手県薬剤師会・病院薬剤師会 合同医療安全セミナー 参加予定者

DATE: _____ 年 ____ 月 ____ 日

送付枚数: _____ 枚
(本紙を含む)

送付先FAX番号: **019-908-2085**

(大塚製薬株式会社 盛岡出張所)

問合せ先: 0197-71-1511 (岩手県立中部病院)

責任者: 岩手県病院薬剤師会 中部病院薬剤科長 三浦清彦

岩手県病院薬剤師会会員様

御施設名: _____

電話番号: _____

FAX番号: _____

email: _____

御芳名	受講シール	薬剤師番号
	<input type="checkbox"/> 研修センター <input type="checkbox"/> 日本病院薬剤師会	
	<input type="checkbox"/> 研修センター <input type="checkbox"/> 日本病院薬剤師会	
	<input type="checkbox"/> 研修センター <input type="checkbox"/> 日本病院薬剤師会	
	<input type="checkbox"/> 研修センター <input type="checkbox"/> 日本病院薬剤師会	
	<input type="checkbox"/> 研修センター <input type="checkbox"/> 日本病院薬剤師会	

※研修センター受講シール希望の方は薬剤師番号をご記入下さい。

※記載欄が不足する場合はコピーしていただくようお願いいたします。

- ◆ 受講シール準備の都合上、恐れ入りますが**9月20日(金)**までにご返信下さい。

ご提供頂きました個人情報は、本セミナーのご出席者の確認と連絡のために使用します。個人情報は、共催関係者及び業務委託先を除く第三者に開示・提供することはありません。個人情報は、安全かつ適切に管理いたします。