

【講師派遣申込書】

事業所名 団体名	
代表者名	
担当者名	
住 所	〒
TEL	
FAX	
希望日時	年 月 日 () 曜日 時 分～ 時 分
会場名	
会場住所	
講演内容 (希望)	①薬の基礎知識 ②お薬手帳 ③かかりつけ薬局 ④在宅訪問薬局 ⑤薬物乱用防止 ⑥漢方 ⑦その他 ()
受講対象者	①一般市民 (主な年齢層 歳台) ②専門職 () ③その他 ()
受講者数 (予定)	約 名
備 考	