

# 地域連携特別研修会 参加申込書

申込日：令和 年 月 日

フリガナ 氏名		性別	男・女
薬剤師免許番号			

## 【勤務先】

所属	
住所	〒 —
電話番号	

(所属がない方は、個人の住所をご記載ください)

・必要事項ご記入の上、岸和田市薬剤師会まで FAX (072-423-0800) お願いします。

## 【問い合わせ連絡先】

岸和田市薬剤師会

大阪府岸和田市別所町3丁目12-1

市立保健センター3F

TEL / FAX : 072-423-0800