FAX 送付先　(0725)40－2109　府中病院　薬剤部

第 7 回薬薬連携研修会（10 月 23 日）申し込み用紙

ふりがな	
氏　名	
連絡先住所	〒
連絡先電話	
連絡先 FAX	
ご所属	

所属分類にチェックをお願いいたします。

☐　大阪府病院薬剤師会会員　（　　支部）

☐　薬学生（大学名：　　）

☐　その他（　　）

＊　個人情報については研修会の受付のみに使用します。

府中病院に対するご意見や薬剤部に対するご要望等、ございましたら下記にお書き下さい。

メールアドレスをお持ちの方で、研修会の案内や様々な情報をメールにて配信を希望される方は下記にアドレスの記載をお願いします。

@

メールアドレスに関しては情報の配信のみに使用します。

個人情報は、最大限の注意を払い、厳重に管理、保護します。第三者に、情報が公開、譲渡されることはありません。