



出前講座 申込書

申込書⑤

令和 年 月 日

以下のとおり申し込みます。

申込者	事業所の名称			担当者名	
	所在地				
	TEL		FAX		
	E-mail				

希望テーマ ※希望するテーマに○印を付けてください。	()	かかりつけ薬局の機能 健康食品・サプリ・OTCとの付き合いかた			
	()	そういうことだったのか ジェネリック医薬品			
	()	お薬手帳の役割 電子お薬手帳やマイナンバーカードの活用方法			
	()	薬のプロが教える 副作用、相互作用、くすりのリスク			
	()	身近に潜むくすりのトラブル オーバードーズ・うっかりドーピング			
希望日時	第1希望	令和 年 月 日 ()	:	~	:
	第2希望	令和 年 月 日 ()	:	~	:
	第3希望	令和 年 月 日 ()	:	~	:
場所					
参加予定人数	約 名				

※開催日の2か月前までにお申し込み頂きますよう、ご協力お願いします。

※開催候補日は複数ご用意下さい。

草津市・栗東市の事業所

びわこ薬剤師会

FAX : 077-554-7456

守山市・野洲市の事業所

守山野洲薬剤師会

FAX : 077-581-8904

