主催：長野県病院薬剤師会南信支部

***令和5年度　長野県病院薬剤師会南信支部***

***第１回薬剤業務研究会　参加申し込み用紙***

**多くの皆様の参加をお待ちしております。**

**施設名：**

|  |  |
| --- | --- |
| 参　加　者　氏　名 | 参　加　者　氏　名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. 参加される方はお名前を記載いただき令和６年１月２９日（月）【必着】までに　　　　　　　　　伊那中央病院薬剤部へＦＡＸをお願いします。
2. いただいた情報は認定制度以外の目的で使用することはありません。
3. お手数ですが、確認のため、参加者がいなくてもＦＡＸをお願いします。

連絡先：伊那中央病院薬剤部　松澤麻紀子

　ＴＥＬ：０２６５－７２－３１２１（代）

ＦＡＸ：０２６５－７８－８８３１（薬剤部直通）