

八幡薬剤師会薬局無菌調剤室「実習研修」申込書

(申込日) 平成 年 月 日

公益社団法人 八幡薬剤師会会長 殿

薬局の 情報	名称	
	所在地	〒
	電話番号	TEL ()
利用者名		印
利用者区分	薬剤師会 (会 員 ・ 非会員)	
実習希望日	月 日	
研修の修了	修了証番号 ()	

要望事項	
------	--

(注意事項)

- ※本申込書は、必要事項を記入の上、利用当日に提出すること。
- ※修了証番号は、研修の修了証に記載された番号を記入すること。

八幡薬剤師会薬局
電話093-663-2721 FAX093-663-2722