

(別紙)

平成29年度沖縄県薬剤師認知症対応力向上研修in宮古 申込書

開催日時： 平成30年2月18日(日)13:00～17:15

研修会場： シモジ薬局 2階(宮古島市平良東仲宗根256)

勤務・所属先				
所在地	〒			
電話番号				
FAX番号				
受講者名 生年月日 ※ 及び 修了者リスト への 掲載同意 ※修了証書交付 の際に使用します	氏名	生年月日	修了者リストへの掲載	備考
			同意・拒否	
			同意・拒否	
			同意・拒否	
			同意・拒否	

※下記の期日までにFAXまたは郵送にてお申し込み下さい。

申込締切：平成30年2月9日(金)まで

沖縄県薬剤師会事務局

〒901-1105 南風原町字新川218-10

FAX : 098-963-8932