

令和 6 年度薬剤師確保対策事業
「未来の薬剤師セミナー・薬剤師体験会」
参加申込書

「未来の薬剤師セミナー・薬剤師体験会」への参加を申し込みます。

学校名	学校		
ふりがな		学年	年生
生徒氏名			
性 別	男 ・ 女		
生年月日	平成 年 月 日		
白衣希望 サイズ	SS ・ S ・ M ・ L ・ LL (いずれかに○をつけてください)【身長_____cm】		
参加希望 場所	大崎会場		
保護者氏名			
住 所	〒 TEL		
緊急連絡先 (携帯電話)	※ 緊急連絡先は、当日に必ず連絡がとれる番号を御記入ください。		
その他 連絡事項等	(連絡事項等ございましたら記入してください。)		

※太枠内（必要事項）を漏れなくご記入のうえ、お申込みください。

※宮城県からの委託事業により追跡調査を実施するための体制を整備しておりますので、ご住所等を登録させていただきますのでご協力よろしくお願い申し上げます。

＜申込方法＞ 参加申込書 必要事項を以下のあて先へ 郵送・FAX・メール 何れかの方法にてお申し込み下さい。

〒989-3126 宮城県仙台市青葉区落合 2-15-26
一般社団法人宮城県薬剤師会 事務局
FAX：022-391-6640
e-mail：info@mypha.or.jp