FAX送信方向

　　　　　　FAX：03-3964-1609

　　　　　　東京都健康長寿医療センター

　　　　　　薬剤科

連携充実加算に関連する研修会申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 保険薬局名 |  |
| 参加者氏名 |  |
| 参加者氏名 |  |
| 参加者氏名 |  |

※参加者の欄が不足する場合はこの用紙をコピーしてご利用下さい。

連絡先　TEL：

　　　　　　FAX：

申し込み締切　9月6日（金）