

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 2月29日(木)