

(薬務課) F A X 番号 : 0 4 5 - 2 0 1 - 9 0 2 5

e-mail アドレス : yakuan.67@pref.kanagawa.lg.jp

年 月 日

神奈川県健康医療局生活衛生部薬務課長 殿

団体名称

所在地

担当者名

電話番号

ファックス番号

お薬に関する出前講座講師派遣申込書

次のとおり、お薬に関する出前講座を申し込みます。

1	実施希望日時 *土日祝日を除く	第一希望 年 月 日 (曜日) 時 分 ~ 時 分
		第二希望 年 月 日 (曜日) 時 分 ~ 時 分
2	実施場所 *開催場所は ご用意ください。	線 駅より
		(所在地:) バス・徒歩 分
3	対象者	約 名
4	希望する 講演内容	(例: ジェネリック医薬品とは何か、薬の作用や副作用、かかりつけ薬剤師・薬局とは何か? など)
5	その他	

※出前講座は原則として平日に限ります。

※講師の調整に時間を要しますので、講習実施希望日の2か月前までにお申込ください。