

高校生対象

薬剤師職業体験 参加申込書

申込先 FAX 025-264-7031 市民調剤薬局さかい店 小竹宛

ふりがな 参加者氏名			
学校名			
学年		性別	
ご連絡先	<u>電話番号</u> _____		
	<u>メールアドレス</u> _____		
アレルギー (丸を付けて ください)	無 有 … 乳・卵・小麦・そば・落花生・えび・かに アルコール・ラテックス・その他_____		
ご要望等			

※お申し込み内容の確認、緊急時の連絡のため、ご連絡先は必ずご記入下さい。
※ご記入いただいた内容については、個人情報の保護に関する法案などに基づき、
取り扱いには十分注意致します。

開催日に何かございましたら 025-211-3701 市民調剤薬局 とやの店 まで
ご連絡ください。