

FAX 返信先 019-653-2273

講演会終了報告書

令和 年 月 日

岩手県薬剤師会事務局 行

氏 名 _____ (印)

所 属 _____

連絡先 _____

下記の講演を終了したので報告します。

記

講演会の事業区分	<input type="checkbox"/> 薬物乱用防止教室 <input type="checkbox"/> アンチ・ドーピング教室 <input type="checkbox"/> 県民健康講座「みんなの薬の学校」 <input type="checkbox"/> その他		
演 題 ・ テ ー マ			
講 師 氏 名			
実 施 年 月 日	令和 年 月 日 ()	実施時間	: ~ :
実 施 場 所			
学校・団体名;対象者			
参 加 者	申込人数 名	参加人数	名
主 催 者 名 称			
資 料 等	資 料 名	申込数	使用数

お願い!

氏名に押印、ご記入のうえ、FAX にてご返信ください。

岩手県薬剤師会事務局

FAX 019-653-2273