（添書不要）

申込先：福島県保健福祉部薬務課　行
ＦＡＸ　０２４－５２１－７９９２
メール　yakumu@pref.fukushima.lg.jp
締　切：平成３０年１月１６日（火）

福島県後発医薬品研修会 参加申込書

平成３０年２月３日（土）開催の福島県後発医薬品研修会への参加を申し込みます。

所　　属			
申込担当者		電話番号	

所　　属 （医療機関・薬局・大学名称等）	職　　種 （○で囲んでください）	参加者氏名
	医師・薬剤師・医学生・ 薬学生・その他	
	医師・薬剤師・医学生・ 薬学生・その他	
	医師・薬剤師・医学生・ 薬学生・その他	
	医師・薬剤師・医学生・ 薬学生・その他	
	医師・薬剤師・医学生・ 薬学生・その他	
	医師・薬剤師・医学生・ 薬学生・その他	
	医師・薬剤師・医学生・ 薬学生・その他	
	医師・薬剤師・医学生・ 薬学生・その他	
	医師・薬剤師・医学生・ 薬学生・その他	
	医師・薬剤師・医学生・ 薬学生・その他	
	医師・薬剤師・医学生・ 薬学生・その他	
	医師・薬剤師・医学生・ 薬学生・その他	