

## 講演会終了報告書

平成 年 月 日

(一社) 岩手県薬剤師会 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"/> 薬健康講座「みんなの薬の学校」 <input type="checkbox"/> 薬の正しい使い方教室 <input type="checkbox"/> アンチ・ドーピング教室 <input type="checkbox"/> その他( _____ )		
演 題 ・ テ ー マ			
講 師 氏 名			
実 施 年 月 日	平成 年 月 日 ( )	実施時間	: ~ :
実 施 場 所			
学校・団体名；対象者			
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!** ご記入のうえ、FAX にてご返信ください。