令和　　年　　月　　日

岩手県薬剤師会事務局 行

(ＦＡＸ　０１９－６５３－４５９２)

**県民健康講座「みんなの薬の学校」**

**実施申込書**

標記講座について下記のとおり実施したいので申し込みます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | |
|  |  | | | |
|  | 住所　〒 | | | |
| TEL　　　　　　　　　　　　　　FAX | | | |
|  | 令和　　年　　月　　日(　　) AM ：　　　～　　　：  PM ：　　　～　　　： | | | |
|  |  | | | |
| 対象／参加人数 | 受講対象：　　　　　　　　　　　　　　／参加人数　　　　名 | | | |
| 講師について  (該当する□に✔) | * 未　定 | | 岩手県薬剤師会からの派遣講師  （※講師決定期限：　　　月　　　日） | |
| * 決定済 | | 講師名： | |
| (該当する□に✔) | * くすりの正しい使い方 * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ) | | | |
|  | 送付する  テキスト | **「くすりと健康ミニ百科～健康はかっこいい～」** | | 部 |
|  | | 部 |
| **テキストの送付先（連絡先以外の場合はご記入下さい）**□ | | | |
| 〒 | | | |
| 宛名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 | | | |
| （資料送付希望日：　　　月　　　日） | | | |

【開催要領】

* この講座は岩手県の委託事業として、岩手県薬剤師会から講師を派遣します。
* 講座参加人数は、１０名以上でお願いできれば幸いです。
* 講演時間は、原則として午後の時間帯でお願いします。
* 講座の実施に当たっては、派遣講師と内容や使用機材等について事前に打合せ願います。
* 連絡先：くすりの情報センター　ＴＥＬ ０１９－６５３－４５９１