

# 東京都薬剤師会

## 禁煙支援薬剤師講座 受講申込書

公益社団法人 東京都薬剤師会  
会長 石垣 栄一 殿

公益社団法人東京都薬剤師会が指定する禁煙支援薬剤師講座を受講したく下記のように申し込みます。

申請年月日 平成 年 月 日

会員番号 13-	ふりがな 氏名	生年月日 昭和・平成 年 月 日
地区名等 ( ) 地区・直		
メールアドレス  ※ハイフン(-)、アンダーバー(_)は区別できるように記載してください。また、数字の0(ゼロ)とアルファベットの0(オー)、数字の1(イチ)とアルファベットの1(小文字エル)又はI(大文字アイ)はフリガナをふってください。 例) N0-100_hanako@toyaku.or.jp		
住所 〒 -	電話 ( ) -	
勤務先名		
勤務先所在地 〒 -	電話 ( ) -	

FAXでご送信ください。03-3295-2333