

薬剤師による『お薬講演・健康お薬相談』申込用紙

以下のように講演の申し込みをいたします。

令和 年 月 日

依頼団体名	団体名：		
責任者：連絡先情報	ふりがな：		
	氏名：		
	住所：〒		
	TEL：（ ） FAX：（ ） 携帯：		
開催会場情報	開催会場：		
	会場住所：〒 ー		
	電話番号：（ ） FAX：（ ）		
開催希望日時	第1候補日：令和 年 月 日（ ） 時 分～ 時 分		
	第2候補日：令和 年 月 日（ ） 時 分～ 時 分		
	第3候補日：令和 年 月 日（ ） 時 分～ 時 分		
参加予定人数	約 名	受講対象者	<input type="checkbox"/> 一般市民 <input type="checkbox"/> 関連多職種 <input type="checkbox"/> 団体内関係者
特記事項/伝言			
講演内容に関して 番号に○を付けて下さい（複数可）	①薬の正しい飲み方、使い方 ②薬って何だろう？薬を知りましょう		
	③ジェネリック医薬品を知ろう ④薬剤師が自宅で行う在宅医療とは？		
	⑤上手なおくすり手帳の使いかた ⑥かかりつけ薬局、薬剤師の利用の仕方		
	⑦薬の飲み合わせを知りましょう ⑧薬の効き方、副作用について		
	⑨市販薬選び方と使い方		
他に知りたい内容があれば具体的に記入下さい			

以下薬剤師会使用

担当ブロック名（地域）	責任者：
受付日	令和 年 月 日（ ）
イベント名	・「健康愛顔塾出前講座」 ・「健康愛顔出張相談」 ・「愛顔健口塾」
	・
決定開催日時	令和 年 月 日（ ）時間： 時 分～ 時 分
備考	

【申込・お問い合わせ】一般社団法人 愛媛県薬剤師会

■電話番号:089-941-4165 ■Fax 番号:089-921-5353 ■メールアドレス:epa-3769@dokidoki.ne.jp