（薬務課）ＦＡＸ番号 ： ０４５－２０１－９０２５

e-mailアドレス ： yakuan.67@pref.kanagawa.lg.jp

　　　年　　月　　日

神奈川県健康医療局生活衛生部薬務課長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　団体名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所 在 地　 〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ﾌｧｯｸｽ番号

お薬に関する出前講座講師派遣申込書

次のとおり、お薬に関する出前講座を申し込みます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １ | **実施希望日時**  ＊土日祝日を除く | 第一希望 　　年 　　月 　　日（　曜日）　　時 　 分　～ 　時 　分 | |
| 第二希望 　　年 　　月 　　日（　曜日）　　時 　 分　～ 　時 　分 | |
| ２ | **実 施 場 所** ＊開催場所は  ご用意ください。 | （所在地：　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 線　　　　　　駅より |
| バス・徒歩　　　　　　　分 |
| ３ | **対　象　者** | 約　　　　　　名 | |
| ４ | **希 望 す る**  **講 演 内 容** | （例：ジェネリック医薬品とは何か、薬の作用や副作用、かかりつけ薬剤師・薬局とは何か？など） | |
| ５ | **そ の 他** |  | |

※出前講座は原則として平日に限ります。

※講師の調整に時間を要しますので、講習実施希望日の２か月前までにお申込ください。