

多職種連携研修会申込書

令和8年 2月7日の研修会・懇親会へ

|     |    |   |     |
|-----|----|---|-----|
| 研修会 | 参加 | ・ | 不参加 |
| 懇親会 | 参加 | ・ | 不参加 |

参加費：薬剤師 1000円

介護職 職員様方 無料

事業所名：

名前：

職種：

連絡先電話：

【質問欄：自由記載】

締め切り 1月31日（土）

送付先 ひなた薬局 FAX 0173-26-6107

[mikako-hinata3955@tenor.ocn.ne.jp](mailto:mikako-hinata3955@tenor.ocn.ne.jp)