

第14回 香川県ジェネリック医薬品セミナー

参加申込書

参加者氏名、職種、勤務先等、連絡先を御記入の上、次の①・②のいずれかの方法で香川県健康福祉部薬務課までお送りください。

① ファクシミリの場合：087-806-0246 香川県健康福祉部薬務課 へて
(この面を送信してください。送信票は不要です。)

② 電子メールの場合：yakumu@pref.kagawa.lg.jp へて
(件名を「ジェネリック医薬品セミナー申込」としてください。)

定員は200名です。定員超えにより受講できない場合のみ御連絡いたします。

ふりがな			
参加者氏名			
職 種 (いずれかに○印)		医師 ・ 歯科医師 ・ 薬剤師 ・ 医療保険者関係 ・ その他 ()	
勤務先等	名 称		
	住 所	〒	
連絡先	電話番号 FAX 番号	電話	FAX
	メールアドレス		

※御記入いただいた個人情報は適正に管理し、本セミナーの目的のみに使用します。

- 事前質問がありましたら簡潔にお書きください。 ■
(時間の制約により全ての質問にお答えいただけない場合もありますので、予め御了承ください。)

お問い合わせ先： 香川県 健康福祉部 薬務課 麻薬・薬事監視グループ
電話 087-832-3301 (直通)