

平成30年医療ICTを活用した先進的な地域の健康サポート推進業務  
参加登録申出書

地域薬剤師会名 \_\_\_\_\_

薬局名 \_\_\_\_\_

回答者名 \_\_\_\_\_

連絡先(Tel) \_\_\_\_\_

本業務に参加いたします。

記

参加区分 ( がん化学療法・糖尿病療法・両方 )

担当薬剤師名 \_\_\_\_\_

連絡先(Tel) \_\_\_\_\_

【期 日】平成30年12月28日(金)

【送信先】福島県薬剤師会 FAX 024-549-2209