**ＦＡＸ：０８８－８２３－９２６４**

高知県健康政策部薬務衛生課　医薬連携推進担当　澤田　あて

令和３年度 高知県連携事業研修会

参加申込変更連絡票

①　高知市会場の日程延期による参加者の追加、欠席等の変更がある場合

②　高知市会場に申し込みしている方で、他の会場へ変更する場合

上記の場合にこの連絡票をFAXしてください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参加会場 | １.　安芸支部　　　６月１６日（水）　　19:00～20:30  ２.　香長土支部　　６月２４日（木）　　19:00～20:30  ３.　高知市支部　　７月　３日（土）　　19:00～20:30  ４.　高吾支部　　　６月２５日（金）　　19:00～20:30  ５.　高陵支部　　　６月２１日（月）　　19:00～20:30  ６.　幡多支部　　　６月１７日（木）　　19:00～20:30 | | | | | | |
| 薬局名 |  | | | | 薬局所在地  の市町村名 | |  |
| 電話番号 |  | | | | | |
| ふりがな  氏　　名 | | | 変更欄  （〇で囲ってください） | 会場  番号  （※） | | 研修シールが必要な場合  薬剤師免許番号 | |
|  | | | 変更・欠席 |  | |  | |
|  | | | 変更・欠席 |  | |  | |
|  | | | 変更・欠席 |  | |  | |

※参加する会場の番号を記入してください。

申込締切：　令和３年６月１８日（金）