

宛先 () 保健所長

団体等名称
_____団体所在地
_____代表者氏名

「薬とくらしの教室」申込書

このことについて、次のとおり申し込みます。

団体等名称		
団体連絡先電話番号		
(ふりがな) 担当者氏名		
担当者所属団体等名		
担当者連絡先	T E L	F A X
受講予定者数	名	
受講日時	年 月 日 (曜日) 午前・午後 : ~ 午前・午後 :	
会場名		
会場所在地		
会場連絡先電話番号		
特に希望する 課題があれば その内容		