

平成23年度 仙台市薬剤師会学術研修会

講演に先立ち、事前の質問をお受けいたしますので、ご協力をお願いいたします。

○ 特別講演について講師にお伺いしたいことがあればご記入下さい。

☆ ご出席・ご欠席の返信を10月6日（木）までをお願いします。  
出席者の人数、氏名をご記入の上、必ずFAXにて下記あてにご連絡をお願いします。  
会場スペース（180名程度）の関係上、事前にご出席の連絡がない方は、満席の場合入場できないこともあります。出席を取り消される場合も連絡をお願いします。

☆ 出欠の連絡先

ノバルティスファーマ株式会社 仙台事業所 石岡 直生  
**FAX番号 262-8207**      TEL 264-1144

.....

貴薬局・病院名 \_\_\_\_\_ ・ 在宅

所属ブロック（○で囲んでください）： 青葉区・泉区・宮城野区・若林区・太白区・ 他

ご連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

ご出席 人数 （        ）名	
会員氏名	非会員氏名（仙台市薬剤師会会員証のない方）
_____	_____
_____	_____
_____	_____

※ 学生さんは非会員氏名欄に氏名と「学生」の明記をお願いいたします。