

令和元年度

<薬剤師生涯研修の広場>

仙台市薬剤師会学術研修会開催のご案内

(日本薬剤師研修センター研修シール1単位認定)

謹啓 師走の候、先生方には、ますますご健勝のこととお喜び申し上げます。
平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、この度、令和元年度の学術研修会を下記要領にて開催いたします。ご
多忙中と存じますが万障お繰り合わせの上、ご参加賜りますようお願い申し上
げます。

謹白

記

日 時 令和二年2月5日(水) 19:00～20:30

会 場 TKP ガーデンシティー仙台 30階 ホール30A

演 題

「フレイル・サルコペニア予防のための食事と運動」

筑波大学 人間系教授
山田 実先生

共 催 一般社団法人仙台市薬剤師会
森永乳業病態栄養部門株式会社クリニコ

軽食の用意はございません

☆ (一社)仙台市薬剤師会非会員の方は参加費1人2000円のご協力をお願い申し上げます。

一般社団法人 仙台市薬剤師会

令和元年度 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。

☆ ご出席の返信を1月29日（水）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及び非会員の方は、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。

*満席になった場合は会員優先とします。事前申込者は19時までに入場して下さい。

19時30分以降来場された方は研修シールを配布できません。その前に来場下さい。

*事前のお申し込みが必ず必要となります。やむを得ず当日受講を希望される場合は、必ず薬剤師番号が必要となります。薬剤師番号を記載できない方には、研修シールはお渡しできませんのでご了承ください。

☆ 出欠の連絡先

株式会社クリニコ 東北支店 阿部 瞳

FAX番号 022-263-4741 TEL 022-222-8116

*薬剤師免許番号は、研修シール交付申請以外には使用いたしません。

.....
貴薬局・病院名 _____ ・ 在宅 ・ 学生

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

ご連絡先電話番号 _____

ご出席 人数 () 名

会員氏名 ふりがな(必須) 薬剤師番号 (必須)

非会員氏名 ふりがな(必須) 薬剤師番号 (必須)

(仙台市薬剤師会会員でない方)
