

令和7年2月27日 新潟市薬剤師会災害対策研修会 参加申込

お申し込みは、以下のいずれかでお願いいたします

・ URL <https://forms.gle/nQyes7UsM91HvHAw8>

・ QR コード



・ FAX 以下に記載し、送付先： 025-290-5758

申込締切日：令和7年2月12日（水） 定員数：30名

申込者氏名	
所属（勤務先）	
会員・非会員の区分	<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員
登録済みの災害関連役割	<input type="checkbox"/> 災害用医薬品備蓄薬局の薬剤師 <input type="checkbox"/> 災害時協力薬剤師 <input type="checkbox"/> 特に、なし
新潟市薬剤師会の災害対策に関してご質問があればご記入ください。	

【申し込みについて】

- ・対象は、薬剤師で、会員、非会員を問わない
- ・定員制、事前申し込み制

【連絡先】 新潟市薬剤師会事務局

電話番号 025-243-8931 FAX : 025-290-5758 E-mail : niigatasiyaku@e-mail.jp