

令和7年4月16日 新潟市薬剤師会学術講演会 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/jhMonxc3KbFPEjKJ7>

・ 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4月4日（金） 定員数：130名

申 込 者 氏 名	所 属 (勤務先)
会 員 ・ 非会 員 の区分	薬 剤 師 名 簿 登 録 番 号
<input type="checkbox"/> 会 員 (無料) ➡ 会 員 番 号 を 記 載 会 員 番 号 : _____	
<input type="checkbox"/> 非会 員 (2,000 円 税 込) ➡ E-mail アドレ ス を 記 載 E-mail : _____	
<input type="checkbox"/> 薬 学 生 (無料) ➡ 学 生 証 提 示、指 導 薬 剤 師 同 行	

【 申 込 み に つ い て 】

受講対象は、薬剤師であること

- 1) 会 員、非会 員 を 問 わ ない (受 講 料 は、会 員 ・ 薬 学 生 無 料、非会 員 2,000 円 税 込、薬 学 生 は 指 導 薬 剤 師 同 行)
- 2) 定 員 制 (開 催 案 内 に 記 載、新 潟 ユ ニ ヅ プ ラ ザ の 定 員 に 準 拠)
- 3) 事 前 申 込 み 制 (定 員 に な り 次 第 受 付 終 了)
- 4) 当 日 受 付 は、定 員 に 達 し て い ない 場 合 実 施

【 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