

藤沢市薬剤師会 夏休み特別企画「こども薬剤師体験教室」申込用紙

参加者氏名	ふりがな 親 (性別)
	ふりがな 子 (小学校 年生) (身長 cm) (性別) 利き手 (右 ・ 左)
住 所	〒
連 絡 先	自宅 携帯 ※応募者多数の場合は抽選となり、当選者には7/16(火)までにお電話にてご連絡いたします。
申し込みの きっかけ	1. チラシ、ポスター (薬局名) 2. ホームページ 3. その他 ()

※提供された個人情報は本事業のみに使用し、その他の目的で利用する事はありません。

また、体験教室当日の写真を、会員報告・広報活動・学会発表等の藤沢市薬剤師会事業に使用させていただく場合がありますので(氏名の掲載はしません)、写真掲載について事前にご承諾の確認をさせていただきます。

下記の口にチェックの記入とご署名をお願いいたします。

藤沢市薬剤師会事業への「こども薬剤師体験教室」写真掲載を承諾する。

年 月 日

保護者氏名 _____

問合せ先：藤沢市薬事センター 〒251-0052 藤沢市藤沢921
TEL 0466-22-8664
FAX 0466-23-5898

当日会場：藤沢商工会館(ミナパーク) 藤沢市藤沢607番地1
(JR「藤沢駅」北口より徒歩3分)