**おくすり街かど講演会報告書**

報告年月日　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 報告者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 講師氏名 | 　報告者と同一　・　（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 実施団体名称 |  |
| 実施団体所在地 | 〒　　　　－　　　　　　　　市　　　　　　　区　・　町 |
| 団体代表者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 団体担当者氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| 実　　施　　日 | 令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日（　　　曜日） |
| 実　施　場　所 | 実施団体所在地と同一　・　（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 実施時間 | 午前　・　午後 | 時　　　　分　～　　　　時　　　　分 |
| 対　象　者　数 | 　　　　　　　名 |
| 実　施　内　容 | 【実施内容や感想などを簡潔に記して下さい】 |
| 提　　出　　先 | **藤沢薬事センター　Email：center@fujiyaku.org 　FAX：0466-23-5898** |

報告書提出締切　　　実施日より1か月以内にご提出お願い致します

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事務局記入欄 | 受付 | 令和　　年　　月　　日 | 支払 | 令和　　年　　月　　日 |