

# 【キッズルーム申込書】

申込日：平成 年 月 日

研修会開催日	
研修会名	
会場（○をつける）	・ 県葉      ・ 鳥栖      ・ 唐津      ・ 武雄
お子様のお名前（年齢） *フリガナをつけてください。	
保護者氏名	
保護者勤務先	
保護者連絡先（電話）	
その他 連絡事項  （お子様のことでアレルギーなど、何かありましたらお書きください。）	

\*ご注意 研修会の開催日4日前までにお申込みがない場合、キッズルームは開設できません。予定という形がかまいませんので、事前に申し込んでください。

FAX又はメールで申し込んでください。

- \* FAXもメールもどうしても無理な場合は、お電話でも受け付けています。
- \* 開催日直前でも、すでに開設が決まっている場合はお受けできますので、その場合まずはお電話ください。
- \* そのほか、お問い合わせは薬剤師会事務局までお願いします。

薬剤師会 事務局    FAX:0952-23-8941  
E-Mail: info@sagayaku.or.jp  
TEL:0952-23-8931