【キッズルーム利用申込書】

申込日：令和　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 研修会開催日 |  |
| 研修会名 |  |
| 会場（○をつける） | ・県薬　　・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 |  |
| 会員区分 | 会員（　A ・B　） ・　非会員 |
| 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。） | * **飲み物、おやつは各自でご準備ください**
 |

＊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。予定という形でかまいませんので、事前にＦＡＸ又はメールで申し込んで

ください。　　　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。

＊食物アレルギー等を考慮し、おやつ等の提供はしておりませんのでご了承ください。

＊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**