

【佐賀県薬剤師会館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	
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7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