

学校薬剤師推薦申込書（募集締め切り 12月30日(土)）

申込日	年 月 日（西暦）		
ふりがな		（該当するところに✓を入れる） <input type="checkbox"/> 開設者でA会員 <input type="checkbox"/> 勤務者でA会員 <input type="checkbox"/> B会員	
氏名			
生年月日	年 月 日 （西暦）	男 ・ 女	
勤務先			
勤務先住所、TEL	〒 (TEL: - -)		
自宅住所	〒		
携帯電話番号 （緊急連絡用）			
勤務先の承諾 ※承諾が必要なのは ▶ 勤務のA会員 ▶ B会員	<承諾者署名 または 記名押印> 役職名： 氏名：		

申込みはメール(info8934@fpa.gr.jp)

又はFAX 714-4421までお願いします。

不明な点は各支部学校薬剤師委員にお尋ねください。

支部	委員名	連絡先	TEL
東支部	ティバティ 綾子	アガペ舞松原薬局	410-9970
博多支部	石川 友裕	シティ薬局立花寺	985-2115
中央支部	古賀 多津子	第一薬科大学	541-0161
早良支部	檜崎 美恵	早良調剤薬局	823-3033
城南支部	田代 雅代	さんわ調剤薬局	841-1541
西支部	中島 亜希	さんは一と薬局	892-3877
南支部	小河 友紀	ゆき調剤薬局	562-3055