

薬物乱用防止キャンペーンボランティア参加申込書

年 月 日

(ふりがな) 氏 名		年 齢	歳	性 別	男・女
自 宅 住 所 連 絡 先	〒 電 話 : F A X : 携 帯 電 話 :				
勤 務 先 名					
勤 務 先 等 連 絡 先	〒 電 話 : F A X :				
E-mail					
緊 急 連 絡 先					

受付No. _____

【お問い合わせ先】

一般社団法人熊本市薬剤師会事務局

〒860-0811 熊本市中央区本荘5丁目16-1

T E L (096) 362-7630

F A X (096) 362-0035

※尚、申込みの締め切りは12月25日（木）までとさせていただきます。