

令和7年度 県民のためのくすりのセミナー 薬事衛生指導員派遣依頼書

令和 年 月 日

公益社団法人新潟県薬剤師会会長 宛

所在地

実施主体団体名

代表者名

下記のとおり県民のためのくすりのセミナーを開催したいので、薬事衛生指導員の派遣を依頼します。

開催希望日時	令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
会場	所在地 名称 電話:
対象者 (○をつける)	1 高齢者 2 老人クラブ 3 自治会 4 患者、患者家族・介護者 5 婦人会 6 同好会グループ、教室 7 乳幼児の保護者、サークルなど 8 その他 ()
対象人員	予定人員: 人位
セミナーの 主な内容 (テーマ等)	1 薬の知識 2 漢方薬・薬草 3 高齢者の病気と薬 4 健康管理等全般 5 スポーツと薬 6 その他 ()
テキスト等	1 主催者で準備する。(参考に1部送付)
	2 講師、薬剤師会で準備願いたい。
	配布資料に加えスライド投影を希望 ※プロジェクター・スクリーン等は基本的には主催者様にご準備をお願いしております。
	希望する 希望しない
	プロジェクター・スクリーンなどの設備 ある ない
開催の形態	1 単独開催 2 併 催 (イベント、講座等の名称:) ※実施要領、スケジュール表等を貼付
担当者	職名 氏名 電話 FAX
本事業をどこ でお知りにな りましたか	1 県・市町村の紹介 2 社会福祉協議会の紹介 3 公民館の紹介 4 チラシ 5 新潟県薬剤師会の WEBサイト 6 その他 ()
備 考	

▽お申込み前にご確認ください▽ ※ご不明な点はお問い合わせください

を入れてください。

上記申込は以下に該当しない(該当する場合、お申込みいただけません)

- ・企業等が主催するもの
※指定管理業者として、市区町村の事業を実施する場合はご相談ください。
- ・営利、福利厚生を目的とするもの
- ・会費制の団体が会員増強等を目的として開催するもの
- ・職能団体等の内部研修

●お申込み／お問い合わせ
公益社団法人新潟県薬剤師会
TEL:025-281-7730
FAX:025-281-7735

開催希望日まで2ヶ月以上ある

※令和8年度以降の派遣希望はお問い合わせください。