**（公社）大分市薬剤師会委員会　委員公募　申込用紙**

下記項目へ必要事項をご記入ください。

希望がわかるように、希望する委員会名全てに◯印を付けてください。（複数選択の場合は数字を記入）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **希望する**  **委員会** |  | １．学校・保健委員会 |
|  | ２．広報・編集委員会 |
|  | ３．薬局委員会 |
|  | ４．医療保険・在宅委員会 |
|  | ５．実務実習・委員会 |
|  | ６．防災委員会 |
|  | ７．市薬行動計画推進委員会 |
| **氏名** |  | |
| **ふりがな** |  | |
| **所属** |  | |
| **部署・役職** |  | |
| **TEL** |  | |
| **E-mail** |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **申込用紙送付先**  **（下記のいずれかの方法でご応募下さい）** | |
| **E-mail** | ekinan@oitasiyaku.net |
| **FAX** | 097-545-2691 |
| **郵送** | 〒870-0839  大分市金池南１丁目15番３号  （公社）大分市薬剤師会 事務局 |