

「発見！未来のたまご薬剤師」参加申込票

申込日 月 日

ふり 氏	がな 名	性別	男 女
学 年		身 長	c m
ふりがな 保護者氏名			
連絡先住所	〒		
電話番号 (携帯電話)	()		

写真利用について 同意します

保護者署名： _____ 印

-----切り取り線-----

注意事項

- ・1枚で一人様の申込となります。ご兄弟で申込の場合は、人数分の申込書の記載をお願いします。
- ・白衣の準備がございますので、おおよその身長の記事をお願いします。
- ・保護者氏名は**実際に同伴される方**のお名前をご記入ください。
- ・薬剤師会ホームページや広報紙等に写真の掲載をする予定ですので、撮影を拒否される方は申し訳ありませんが参加をお断りさせていただいております。
- ・当日はお子様、保護者様共に**上履きをご持参ください**。また、お飲み物に関しましては各自でご用意ください。
- ・安全面を考慮し、体験者以外の児童の同伴はご遠慮ください。
- ・当日の受付時間が午前8時半より午前9時までとなっておりますので、遅刻の無きよう早めにお越しください。

申込は上記申込票へ記載の上、最寄りの薬局へお持ち込みいただくか、薬剤師会への FAX にてお願いいたします。定員を超える申込があった場合は先着順となります。なお、記載事項に不備があると受付できませんのでご了承ください。