

福島県薬剤師感染制御・抗菌化学療法研究会

メーリングリスト参加申込書

申し込み日 平成 年 月 日

フリガナ

申請者氏名 _____

勤務先名 : 所属の部・科までご記入下さい

メールアドレス : メーリングリストへ登録しますので必ずご記入ください

* 誤字脱字にご注意下さい

FAX : 024-547-1404

事務局 : 福島県立医科大学附属病院 薬剤部 油井優 迄