申込書

**【東京都薬剤師会 職能対策課 行：e-mail：**[**syokunou@toyaku.or.jp**](mailto:syokunou@toyaku.or.jp) **】**

**学校薬剤師支援ＤＶＤ資材『学校給食の衛生管理における学校薬剤師の役割』の購入等について**

令和２年　　月　　日

地区薬剤師会名：

（フリガナ）

ご担当者氏名：

以下の通り、報告いたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **購入部数**  **＊５部以上** | **ＤＶＤ等送付先住所等** | **請求先宛名** | **必要書類**  ＊必要書類に○印をつけてください。 | **必要書類の日付**  ＊左記○印を付けた必要書類の日付について、以下から選択してください。 |
|  | 〒  Tel:  Mail: |  | ・見積書  ・納品書  ・請求書 | ・出荷当日  ・空　　欄  ・その他：令和　　年　　月　　日 |

* 購入部数は５部以上でお願いします。
* 個人購入には使用できません。１地区薬剤師会（送付先）につき、５部以上のＤＶＤ注文で、送付先は１箇所にまとめてください。
* 必要書類は基本的に日本学校保健会からＤＶＤ納入時に同梱いたします。

申込／問合せ先

公益社団法人 東京都薬剤師会　事務局 職能対策課

℡：03-3294-0096　Fax：03-3295-2333

e-mail：syokunou@toyaku.or.jp