

【 中野区薬剤師会ホームページへの掲載希望 】

一般社団法人 中野区薬剤師会 宛て

送信日 20    年    月    日

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| 貴      社      名                |  |
| 担   当   者   役   職              |  |
| 担   当   者   名                  |  |
| 担 当 者 電 話 番 号                  |  |
| 説明を受けるのに<br>都合の良い時間帯           |  |
| 薬      局      名                |  |
| 薬   局   住   所<br>( 中 野 区 以 下 ) |  |

上記の薬局について、中野区薬剤師会ホームページでの掲載を希望します

※ 複数の薬局について掲載を希望される場合は、  
全ての薬局名および薬局住所を記載して下さい

【 中野区薬剤師会 FAX番号 03-3227-9393 】