コバトン薬剤師バッジ申込書

〇申　　 込 　　日：令和　　年　　月　　日

〇申込者薬剤師氏名：

〇送　　 付　 　先：〒

〇電話番号：

|  |  |
| --- | --- |
| コバトン | 注文数量 |
| 男性コバトン |  |
| 女性コバトン |  |

〇注　　　　　　文：

　　　　　　　　　　　　　　　申込先FAX：048-827-0063

　　　　　　　〇問合せ先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　埼玉県薬剤師会事務局

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話048-827-0060

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX 048-827-0063