**〔別記１〕**

# 一般社団法人奈良県薬剤師会

# 奈良会営薬局無菌調剤室及び抗がん剤調製室　利用申込書

|  |  |
| --- | --- |
| （申込日） | 令和　　年　　月　　日 |

一般社団法人奈良県薬剤師会　会長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申込人(薬局) | 薬局名 |  |
| 管理薬剤師名 |  |
| 薬局住所 | 〒 |
|  |
| ＴＥＬ | 　　　　（　　　） |
| 申込者名 |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | 利用者名 |  |  |
| 利用者区分 | 一般社団法人奈良県薬剤師会　　会員　・　非会員(会員代理者の場合のみ) |

|  |  |
| --- | --- |
| 利用時間 | 令和　　年　　月　　日 |
| 　　　時　　　分 | から | 　　　時　　　分 | まで |

|  |  |
| --- | --- |
| 利用希望施設 | 無菌調剤室　　　　・　　　　　　抗がん剤調製室 |

|  |  |
| --- | --- |
| 要望事項 |  |

（注意事項）

※本申込書は、必要事項を記入の上、利用当日までに本会事務局まで提出すること。

※利用者は、本人確認が可能な身分証明書(運転免許証等)を必ず持参すること。

代理者が非会員の場合は、薬剤師免許証(コピー可)と本人確認が可能な身分証明書(所属薬局の名札等)を必ず持参すること。