

常務理事	事務局長	主 任	係	・	決
				・	裁

承認したい。

薬 学 部 学 生 施 設 見 学 届

年 月 日

公益財団法人姫路市救急医療協会理事長 様

薬剤師名 _____

下記のとおり薬学部学生が貴センターを見学したいので、届出します。

見学日時	月 日 () 時 ~ 時		
見学者氏名			
担当薬剤師氏名	/ 薬局名		
	/ 薬局名		
備考			