

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

令和 年(20 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

印

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	令和 年 月 日 () 時 ~ 時 分		
見学者氏名			
担当薬剤師氏名	/ 薬局名		
	/ 薬局名		
備考			

※ 事前に電話で確認の上、見学当日にこの書類を提出してください

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

平成 年(20 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

印

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	令和 年 月 日 () 時 ~ 時 分		
見学者氏名			
担当薬剤師氏名	/ 薬局名		
	/ 薬局名		
備考			

※ 事前に電話で確認の上、見学当日にこの書類を提出してください