別　紙

ポリファーマシー対策研修会出席者報告書

機関名：

 　　担当者名：　　　　　　　連絡先：

メールアドレス：

１　出席者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 課　名　等 | 職　　名 | 職　　種 | 氏　　名 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

２　視聴機器台数（予定）

（　　　　　　　　）台

３　質問事項等

|  |
| --- |
|  |

＊１月30日（月）までに送付してください。

＊FAXでの送信の場合は、送信用紙は不要です。

　　 富山県厚生部厚生企画課医療保険班　老田行

　　　　　　　　　　　　　　　　　 FAX　076-444-4440

　　　　　　　　　　　　　　　　　 Ｅ-mail：honoka.oida@pref.toyama.lg.jp