

地域貢献活動実績報告書

(薬局を知ろうキャンペーン用)

資料 6

報告日：令和 年 月 日

実施日時	令和 年 月 日 時 分 ~ 時 分		
実施薬局		薬剤師氏名	
活動内容 (箇条書きで)			
開催場所		一般参加者数	(概算) 名

活動内容の詳細 (方法や個人の感想・考察、来局者の感想など。イベント時の写真添付必須)

備考

諫早市薬剤師会 : Fax 0957-27-1131 メール office@e-ipa.jp

できるだけメールでの報告をお願いします。