

年 月 日

くすり教育実験セット購入申込書

学校名	(担当者名 :)
学校所在地	〒 (TEL)
学校薬剤師名	
使用予定日	年 月 日 ()
対象学年	年生
対象人数	名
くすり実験セット 購入数	セット
発送先 <small>※学校へ発送希望の場合、 住所は記載不要です。</small>	〒 (受取人名 :)
請求書の宛名	

※実験セットは、児童・生徒4～6名に1セットでの使用を想定しています。

※お申込みは、使用予定日のおおよそ1カ月前までをお願いします。

公益社団法人茨城県薬剤師会

FAX番号：029-306-8040