

こども薬剤師体験申込書

フリガナ		性別
氏名	(小学生の場合 引率者氏名:)	
生年月日	年 月 日 (満 歳)	
電話番号		
携帯電話		
FAX		
E-Mail		
フリガナ		
住所	〒	
学校名	【学年: 年生】	
希望時間	①10:00~11:30 ②13:00~14:30 ③どちらでも	

申込先 郵送またはFAX



横浜市宮崎地域ケアプラザ 浅田まで

住所: 〒220-0031 横浜市西区宮崎町2

TEL: 045-261-6095

FAX: 045-261-6052

地図

