様式第14号

鹿児島大学FAXｺｰﾅｰ用　薬局地図掲載申込書

令和　　年　　月　　日

薬　局　名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

電話（　　　-　　　-　　　　）ＦＡＸ（　　　-　　　-　　　　）

**※細線では読み取りにくいので、なるべく太線で作成してください。**

(地図はレシートのような用紙に小さく印刷されます。)

　　　※　GoogleやYahoo等の地図は掲載できません。

枠内にご記入の上、県薬事務局にお申込みください。

ＦＡＸでの受け付けは画像が荒く読み込みが出来ませんので、ご持参いただくか、ご郵送またはメールでお申込みください。

なお、FAX機への地図掲載には少々お時間をいただく場合がございます。

【提出先】

公益社団法人 鹿児島県薬剤師会

住所　〒890-8589

　　鹿児島市与次郎2丁目8-15

TEL　 ：０９９－２５７－８２８８

E‐mail：[kayaku@kayaku.jp](mailto:kayaku@kayaku.jp)

記 入 例

