

令和 元 年 1 2 月 吉 日

会 員 各 位

一般社団法人埼玉県病院薬剤師会  
会 長 北 澤 貴 樹

令和 2 年埼玉県病院薬剤師会新年会の開催について（ご案内）

謹啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素は本会の事業に格別のご支援を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、令和 2 年の新年会について下記の通り行うこととなりました。

万障お繰り合わせの上、ご出席賜りますようご案内申し上げます。

謹白

記

1. 名 称 令和 2 年埼玉県病院薬剤師会新年会
2. 日 時 令和 2 年 1 月 1 5 日（水） 午後 6 時 0 0 分より
3. 会 場 大宮ラフォーレ清水園 3 階（大宮駅東口より徒歩 1 0 分）  
さいたま市大宮区東町 2 丁目 2 0 4 TEL (048) 643-1234
4. 会 費 1 名につき 1 0 , 0 0 0 円
5. 申込方法 申込用紙（別紙）に所属・氏名等を記入の上、F A X または  
E-Mail にて事務局あてにお申し込みください。

〒330-0063 さいたま市浦和区高砂 3-12-24 小峰ビル 401

一般社団法人埼玉県病院薬剤師会 事務局 宛

TEL (048) 829-7698

FAX (048) 829-7952

E-Mail jimukyoku@saibyoyaku.or.jp

会費は所属単位でとりまとめ、次の口座にお振り込みください。

埼玉りそな銀行 北浦和支店 普通預金 0518905

一般社団法人埼玉県病院薬剤師会 会長 北澤 貴樹

きたざわ たかき

6. 申込（振込）期限 令和 元 年 1 2 月 2 0 日（金）
7. その他 申込書はホームページからダウンロードできます。

<http://www.saibyoyaku.or.jp/>

担当 総務委員会

令和2年  
埼玉県病院薬剤師会  
新年会

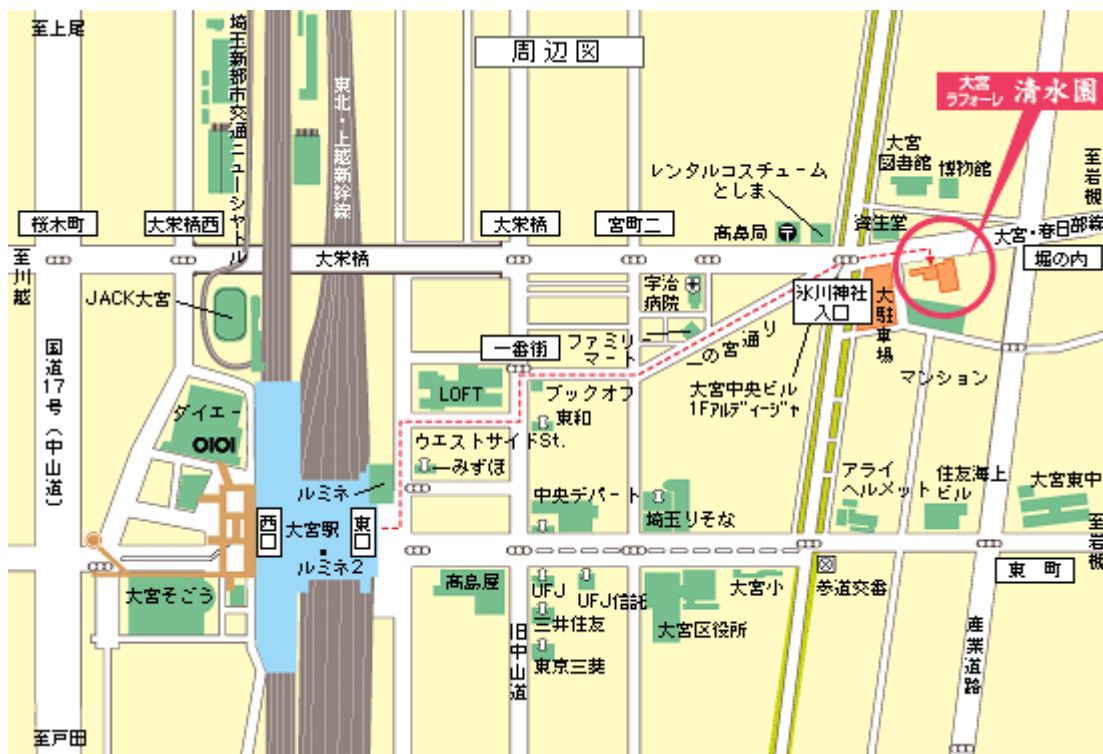
日 時 令和 2 年1月 1 5 日(水)  
午後6時00分より

会 場 大宮ラフォーレ 清水園

〒330-0841さいたま市大宮区東町2丁目204

TEL048-643-1234 (大代表)

FAX048-645-4321



令和 年 月 日

一般社団法人埼玉県病院薬剤師会  
会 長 北 澤 貴 樹 様

住 所 :  
施 設 名 :  
電話番号 :

### 令和2年埼玉県病院薬剤師会新年会申込書

標記について、次の者が参加したく申し込みます。

	氏 名		氏 名
1		6	
2		7	
3		8	
4		9	
5		10	

(氏名欄の点線から上は、フリガナ、役職名等ご自由にお使い下さい)

申込先：埼玉県病院薬剤師会事務局 FAX 048-829-7952

E-Mail jimukyoku@saibyoyaku.or.jp

以 上