

2024年9月3日

関東地区会員の皆様

静薬学友会 関東地区同窓会 総会開催のお知らせ

平素より関東地区同窓会の活動にご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

下記の通り総会を開催いたしますので、ご案内申し上げます。

今後も実りある活動を継続して行きたいと考えておりますので、地区同窓会活動にご協力いただける方、ご興味やご意見などある方など、何卒ご出席賜りますようお願い申し上げます。

記

日時：2024年10月19日（土） 15:00～16:00

終了後、近くの会場にて懇親会を予定しています。

場所：輸液製剤協議会 会議室

〒103-0023 東京都中央区日本橋本町 3-3-6 ワカ末ビル 2階

アクセス：新日本橋駅 6番出口より徒歩1分、三越前駅 A10出口より徒歩2分

神田駅南口より徒歩10分

議事次第（予定）：

地区代表挨拶

議決事項：新地区代表の選出

報告事項：会則変更、事業計画、収支決算、役員改選、その他

集合写真撮影

終了後、懇親会

参加費：3000円（当日徴収いたします。懇親会に参加されない場合は無料です。）

申込：ご出席の方は、静薬学友会ホームページより、Google フォームにて10月5日（土）までにお申し込みください。ホームページからの申込ができない場合は、次頁の様式でFAXまたはE-mailをご利用ください。

連絡先：一般社団法人静薬学友会

TEL：054-265-8763 FAX：054-265-8769

事務在室時間 10～15時（在室時間以外は留守番電話にて対応）

E-mail：shizuyak@u-shizuoka-ken.ac.jp

URL：http://shizuyaku.jp

以上

FAX 054-265-8769

E-mail: shizuyak@u-shizuoka-ken.ac.jp

静薬学友会 関東地区同窓会 総会
参加申込用紙

開催日時: 2024年10月19日(土)

会場: 輸液製剤協議会 会議室

- 総会、懇親会に参加します
 総会のみ参加します
 懇親会のみ参加します

※上記いずれかを選択ください

※懇親会のみ参加者には、後日会場をご案内いたします

氏名 _____ (卒業年次 _____ 年卒業)

住所 _____

電話番号 _____

E-mail _____

出身教室 _____

通信欄 _____