**令和７年度 (一社)京都府薬剤師会 病院診療所薬剤師部会総会**

日　時：令和７年５月１１日（日）１４時　～１６時３０分

会　場：京都府薬剤師会館 京都市東山区東大路五条上ル梅林町563 TEL：075-551-0376

|  |  |
| --- | --- |
| **施設名称** |  |
| **施設住所** |  |
| **施設電話** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **部 会 総 会　　出　席　者　名　簿** | |
| **出 席 者 氏 名**  **のご記入をお願いします** | **総会出席者は懇親会の出欠確認もお願いします**  **（懇親会参加費 ６,000円は当日集金いたします）** |
|  | **懇親会出席　　　・　　　懇親会欠席**　　　いずれかに○ |
|  | **懇親会出席　　　・　　　懇親会欠席**　　　いずれかに○ |
|  | **懇親会出席　　　・　　　懇親会欠席**　　　いずれかに○ |
|  | **懇親会出席　　　・　　　懇親会欠席**　　　いずれかに○ |
|  | **懇親会出席　　　・　　　懇親会欠席**　　　いずれかに○ |
|  | **懇親会出席　　　・　　　懇親会欠席**　　　いずれかに○ |
|  | **懇親会出席　　　・　　　懇親会欠席**　　　いずれかに○ |
|  | **懇親会出席　　　・　　　懇親会欠席**　　　いずれかに○ |
|  | **懇親会出席　　　・　　　懇親会欠席**　　　いずれかに○ |
|  | **懇親会出席　　　・　　　懇親会欠席**　　　いずれかに○ |

※出席の方は出席者名簿、欠席の方は委任状のいずれかのご提出をお願いします。

同封の封筒にて施設で纏めて事務局宛てにご提出をお願いします。

総会出席者氏名をご記入の上、総会後の懇親会の出欠確認のいずれかに○をお願いします。

懇親会参加費6,000円は当日集金いたします。

キャンセルの際は必ず事務局へご連絡をお願いします。京都府薬剤師会TEL: 075-551-0376

送付先　　〒605-0863　京都市東山区東大路五条上る梅林町563

京都府薬剤師会　病院診療所薬剤師部会　事務局 宛

**提出期限　令和７年４月30日（水）**

**委　任　状**

**私は、令和７年５月１１日開催の令和７年度一般社団法人 京都府薬剤師会 病院診療所薬剤師部会総会に出席できませんので、同総会における決議に関する権限を、　　　　　 　　　　　　殿に委任いたします。**

（白紙委任につきましては議長に一括委任とさせていただきます。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和７年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| **施設名称** |  |
| **施設住所** |  |
| **施設電話** |  |

正部会員氏名　　　　　　 　　　 　印　　正部会員氏名　　　　　　 　　　　　印

正部会員氏名　　　　　　 　 　　　 印　　正部会員氏名　　　　　 　　　　　　印

正部会員氏名　　　　　　 　　　　 印　　正部会員氏名　　　　　　 　　　　　印

正部会員氏名　　　　　　 　　　　 印　　正部会員氏名　　　　　 　　　　　　印

正部会員氏名　　　　　　 　　　 　印　　正部会員氏名　　　　 　　　　　　　印

正部会員氏名　　　　　 　 　　　　 印　　正部会員氏名　　　　 　　　　　　　印

正部会員氏名　　　　　 　 　　　 　印　　正部会員氏名　　　　　 　　　　　　印

正部会員氏名　　　　　 　 　　　　 印　　正部会員氏名　　　　　 　　　　　　印

正部会員氏名　　　　　 　 　　　　 印　　正部会員氏名　　　　　 　　　　　　印

正部会員氏名　　　　　 　 　　　 　印　　正部会員氏名　　　　　 　　　　　　印

※出席の方は出席者名簿、欠席の方は委任状のいずれかのご提出をお願いします。

委任状は自署もしくは記名・押印の上、施設で纏めて事務局宛てにご提出をお願いします。

送付先　　〒605-0863　京都市東山区東大路五条上る梅林町563

京都府薬剤師会　病院診療所薬剤師部会　事務局　宛

**提出期限　令和７年４月３０日（水）**