|  |  |
| --- | --- |
| 地区ブロック名 |  |
| 世話人又は報告者氏名 |  |
| 報告年月日 | 　　年　　　月　　　日 |

**J-HOP　地区ブロック　組織役員表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 役職名 | 氏名 | 県名 | 勤務先、薬局名 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* 役職名につきましては、ブロック長、副ブロック長（人数１名以上地区自由裁量）以外は、各地域ブロックの自由裁量となっておりますので、適宜ご記入下さい。

**≪提出先≫事務局E-mail：j-office@lifemedicom.co.jp**