

약물유해반응관리 심포지엄

참석 신청서

성 명			
직 종	☐ 의사 ☐ 약사 ☐ 간호사 ☐ 기타 ()		
소 속			
TEL		H·P	
E-mail			
주 소			

감사합니다.

- * 원활한 행사준비를 위해 사전 신청을 받고 있습니다.
- * 주차는 원내 주차장을 이용하시고, 무료 주차권을 드립니다.
- * 한국병원약사회 연수평점 2점 인정.



전남대학교병원 지역약물감시센터

501-757 광주광역시 동구 제봉로 671

전남대학교병원 3동 지하1층

TEL. 062)220-5321 FAX. 062)220-5322