|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **平成２７年度　店舗販売業者講習会　受講申込書**  平成 ２７ 年　　月　　　日 | | | |
| 受講希望時間帯 | 第１希望  午前の部　・　午後の部 | | 第２希望  午前の部　・　午後の部 |
| 店 舗 名 |  | | |
| 参加者名 |  | | |
| 住　　所 | 〒　　　－ | | |
| TEL | | FAX | |

* **申込方法**

講習会は、同じ内容で午前の部、午後の部の２回開催します。

上記の申込書のご希望時間帯を○で囲み、必要事項をご記入のうえ、**FAX又は郵送**してください。（第２希望までお書きください。）

* **申込期限**

平成２７年１１月２４日(火)

追って決定通知をお送りいたします。

申込多数の場合は、ご希望に沿えない場合もございますので、ご了承ください。尚、締切日以降であっても空きがあればご受講いただけますので、お問い合わせください。

* **申込み・問い合わせ先**

〒112-0002　東京都文京区小石川５－２０－７

公益社団法人東京都医薬品登録販売者協会　事務局

　　　　　　　ＴＥＬ　０３－３８１２－４９６１

**ＦＡＸ　０３－３８１２－３００５**