

平成28年度 店舗販売業者講習会 受講申込書

平成 28 年 月 日

受講希望	第1希望	第2希望
時間帯	午前の部 ・ 午後の部	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28年10月20日(木)
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