実践薬学講座受講申込書

平成２８年　　月　　日

受講希望日の番号を○で囲んでください。

１　平成２８年１１月２４日（木）

２　平成２９年　２月１９日（日）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研修番号 | ２７ | 氏　名 |  |
| 研修番号が不明な方は、下記欄もご記入ください |
| 住　所　〒 |
| TEL |  | ＦＡＸ |  |
| 店舗名 |  |

◎ 申込方法

**実践講座は２日とも同じ内容です。**

上記申込書の**ご希望日時の番号を○で囲んでください。どちらでも受講可能な方は両方を○で囲み**、必要事項をご記入の上、本日提出されるか、後日ＦＡＸまたは郵送もしくは協会ホームページからお申込みください。

◎ 申込期限

**平成２８年１１月１日（火）到着分有効**

なお、申込期限後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

公益社団法人東京都医薬品登録販売者協会

〒１１２－０００２　　　東京都文京区小石川５－２０－１７

TEL　０３－３８１２－４９６１　　　　ＦＡＸ ０３－３８１２－３００５

Mail　ｉｎｆｏ＠ｔｏｕｙａｋｕｋｙｏ．ｏｒ．ｊｐ　　　ＵＲＬ http://www.touyakukyo.or.jp/　　　協会ＨＰ

ＦＡＸ　０３－３８１２－３００５