

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