

# 登録販売者外部研修会 受講申込書

宛名に、27から始まる8桁の数字(研修番号)の記載がある方は研修番号欄に研修番号をご記入いただくと、太枠のみのご記入でお申込みできます。なお、登録事項に変更がある方は下記のその項目にご記入ください。

研修番号	27	下記のうち、研修受講可能番号にできるだけ複数○印を付けてください。木曜日と日曜日の午前開始の部は特に混雑します。受講者多数の場合ご希望に添えない場合がございます。 記入例:1と2と3どちらでも構わない場合第1希望欄に ①②③④⑤⑥ 第①希望が1で、3でも可の方は第1希望欄 ①23456 第2希望欄 12③④⑤⑥ DVD研修の場合は (DVD)
フリガナ		
氏名		

## 平成30年度 第1回

4月15日(日) 赤羽会館	① 10:30~13:45 ② 15:00~18:15	第1希望						第2希望					
		4月21日(土) 赤羽会館	③ 10:30~13:45 ④ 15:00~18:15	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4
4月26日(木) 赤羽会館	⑤ 10:30~13:45 ⑥ 15:00~18:15	DVD						DVD					

## 平成30年度 第2回

7月7日(土) 赤羽会館	① 10:30~13:45 ② 15:00~18:15	第1希望						第2希望					
		7月8日(日) 赤羽会館	③ 10:00~13:15 ④ 14:30~17:45	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4
7月12日(木) 赤羽会館	⑤ 10:30~13:45 ⑥ 15:00~18:15	DVD						DVD					

29年度DVD研修を申し込む。  第1回  第2回  第3回  第4回

平成27年度・28年度のDVD研修につきましては協会までお問い合わせください

研修の参考図書「OTC医薬品学」を3,800円(税込)で当日会場にて販売いたします。郵送をご希望の場合、送料350円がかかります。(参考図書はご購入いただかなくても研修会は受講できます)

当日購入を希望する  郵送を希望する

店舗名		TEL	
		FAX	
店舗住所	〒		
携帯番号			

ご連絡先が上記と違う場合、下記にご記入ください

連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 会社 ※ご希望の連絡先にレ印を入れてください		
	〒		
TEL		FAX	

★集合研修の日時は受講日の10日前までに受講票をお送りします(連絡なき場合は、お手数ですが事務局までお問い合わせください)。DVD研修はDVDの準備ができ次第ご連絡いたします。

FAXを送信される場合は、送信前に今一度番号のご確認をお願いします

◎FAX送信先 ① 03-6908-4140 ② 03-3927-1322

☆ホームページ(パソコン又はスマホ)からオンライン申込みもできます

◎ 郵送先 〒114-0002 東京都北区王子4-24-11 IKビル7階

公益社団法人 東京都医薬品登録販売者協会

◎ お問い合わせ電話番号 03-6908-4130



公益東京都医薬品

検索

