

平成30年度 店舗販売業者講習会 受講申込書 平成 30 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	ふりがな	
住 所	〒 ー	
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30年11月20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。複数名の参加も受付いたします。

◎ 申込み・問い合わせ先

〒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 事務局
 TEL 03-6908-4130

FAX 03 - 6908 - 4140