

FAX:03-3273-7648

2019年度「フォーラム」参加申込書(受講票)

・ 必要事項を入力し、FAXで送信してください。

* は必ずご記入下さい。

① 参加会場・希望日 * 東京会場 2020年2月6日(木) 大阪会場 2019年2月7日(金)

② 参加者氏名(漢字) * (姓と名の間にスペースを入れてください)

③ 参加者氏名(ふりがな) * (姓と名の間にスペースを入れてください)

④ 会員種別 * 【卸勤薬】会員・准会員 【関係団体】卸連・日薬

⑤ 会社名 *

⑥ 会社住所 都道府県 *

⑦ 会社住所

(連絡先)

○ 〒

⑧ 会社電話番号 *

(ハイフン(-)もご記入ください)

⑨ 会社FAX番号 *

(ハイフン(-)もご記入ください)

⑩ Eメールアドレス *

(半角英数字:携帯アドレス不可)

⑪ 受講料 * 本人が振込

会社がまとめて振込 支部がまとめて振込

⑫ 研修センター受講シール * 必要

必要なし

⑫で必要とお答えした方は、薬剤師名簿登録番号を記載してください

* 薬剤師名簿登録番号

号

⑬ 通信欄 ○