

# 厚生労働省後援

## 平成29年度 第2回 登録販売者生涯学習研修会 申込書

公益社団法人 全日本医薬品登録販売者協会 会長 杉本 雄一 殿  
一般社団法人 兵庫県医薬品登録販売者協会 会長 水谷 光伸 殿

申込日 平成29年 月 日

フリガナ		性別	男 女
申込者氏名		生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日
申込者現住所	〒 _____ 都 道 府 県		
申込者連絡先	Tel	携帯 Tel	
メールアドレス	@		
営業所（店舗）名			
電話番号（直通）		FAX 番号 (確認 FAX 送付先)	
営業所（店舗）住所	〒 _____ 都 道 府 県		
販売従事登録番号			
受講種別	会場受講 DVD 受講 (ご希望される方に○を入れて下さい)		
スキルアップ 勉強会	11:00~12:00 (無料)	受講する	受講しない
お弁当 (会場受講者のみ)	昼食のお弁当をご用意出来ます (お茶付き 650 円) 希望する 希望しない 代金 (650 円) は研修会当日、受付で現金にてお支払い下さい。		

### 申込・申込締切り日について

まずお電話にて空席の確認をお願いいたします。空席確認後、郵便局にて受講料のお振込をお願いいたします。

その後、FAXにてお申し込み下さい。

**申込締切り日 8月23日 (水曜)**

尚、先着順にて受付いたしますので早い目にお申し込み下さい。

振込口座  
口座記号番号 00940—0—93930  
一般社団法人兵庫県医薬品登録販売者協会

### ● 受付確認 FAX 送付日について (目安)

**8月30日 (水曜)** までに送付する予定です。  
確認 FAX が届かない場合はお手数ですが、お電話にて確認をお願いいたします。

※ ご記入いただいた個人情報は、継続研修  
関連業務以外には使用いたしません。

一般社団法人 兵庫県医薬品登録  
販売者協会 行き  
FAX 078-341-0675

### 郵便振込受領証貼付欄

受講料を送金いただいた【振込票兼受領証】をここに貼付け、兵庫県医薬品登録販売者協会まで FAX 送信願います。