厚生労働省後援

2024年度　第1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

申込日 年　　月　　日

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性　別 | 男　　　女 |
| 申込者氏名 |  | 生年月日 | 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） |

**申込•申込締切り日について**

**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。

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6月28日（金曜）

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）**

申し込み順に随時送付する予定です。

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**