

厚生労働省後援

2024年度 第4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 瀧山 長利 殿

申込日 年 月 日

| | | | |
|---------------|--|----------------------------|----------------|
| 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

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 1月28日（火曜）

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

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。