

平成29年度 登録販売者資質向上外部研修会 申 込 書

申込日 平成 29 年 月 日

下記のとおり、申込みいたします。

フリガナ	
1. 氏名	
2. 受講者区分	<input type="checkbox"/> ① すべての登録販売者 ※販売従事登録番号のある場合はご記入ください 販売従事登録番号 ()
	<input type="checkbox"/> ② 一般従事者(登録販売者以外の方が受講の場合) ※ 外部研修受講証・修了証の発行をいたします
3. 勤務先が群馬県薬剤師会 A会員またはその他の区分	<input type="checkbox"/> A会員 (会員番号:) <input type="checkbox"/> その他
4. 振込金額(税込金額)	<input type="checkbox"/> 3,000円 (群馬県薬剤師会A会員の薬局に勤務の方) <input type="checkbox"/> 4,000円 (上記以外の方)
フリガナ	
5. 勤務先名	
6. 勤務先所在地 (無職の方は自宅住所等)	〒
	TEL FAX
7. 参加券、受講証、通信講座 課題解答、修了証等の送付 先 ※上記6.以外に送付を希望さ れる場合のみご記入ください	〒
	TEL FAX
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">受領証貼付欄</div> <p>ここに郵便局で所定の参加費を振り込んだ受領証の写しを貼付し、 群馬県薬剤師会へFAXしてください。 郵便振替口座番号:00530-7-57485 加入者名:一般社団法人群馬県薬剤師会</p>	

- ・定員(180名)が御座いますので、先着順に申し込みを受付いたします。
- ・ここに記入いただいた個人情報は、本研修会関連業務以外には使用致しません。

一般社団法人群馬県薬剤師会 事務局(総務部情報課) 担当 宮田・平野
〒371-0013 前橋市西片貝町5-18-36 Tel. 027-243-6650 FAX 027-223-5308

FAX送付先: 027-223-5308 申込締切: 11月15日(水)