

臨床薬理セミナー申込書(※会場での受講専用)

御施設名	
住 所	〒
代表者メールアドレス	
代表者名	

★人数の調整をさせていただく場合がございますので、優先順にご記入ください

	氏 名	フリガナ	職 種	
1			薬剤師 ・ 医師	
2			薬剤師 ・ 医師	
3			薬剤師 ・ 医師	
4			薬剤師 ・ 医師	
5			薬剤師 ・ 医師	
6			薬剤師 ・ 医師	
7			薬剤師 ・ 医師	
8			薬剤師 ・ 医師	
9			薬剤師 ・ 医師	
10			薬剤師 ・ 医師	

【申込方法】

申込書を下記メールアドレスまで添付送信してください。

mail : mng.kumamoto@deluxe.ocn.ne.jp

メールのみの受付となっておりますので、お間違えの無いようお願いいたします。

※申込書未記入や郵送、FAXでのお申込みは無効となりますのでご注意ください。

お申込み御、受講の可否について代表者様宛に返信メールをお送りしますので、メールの受信ができるよう、事前に設定をお願いいたします。

この申込書は**会場で受講される方のみ**です。WEB参加をご希望の方は別途お申込みください。

個人情報の取り扱いについて

入力して頂いた個人情報は、【日病薬 薬学認定薬剤師制度 研修単位シール】申請の目的以外では使用いたしません。