

F A X送付先 ( 03-5244-4077 ) 複数必要な場合はコピーして下さい

## 研修手帳申込書

年 月 日

一般社団法人日本女性薬剤師会 事務局 御中  
研修手帳を申し込みます。

お名前 \_\_\_\_\_ (受講者番号 \_\_\_\_\_)

ご住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ FAX 番号 \_\_\_\_\_

メールアドレス \_\_\_\_\_

※必要冊数をご記入ください。郵便局にて下記口座にお振込み後、受領書貼付し F A X で申込みお願いいたします。

1 冊 550 円 (郵送料 1 冊 110 円) 合計 660 円

\_\_\_\_\_ 冊

振り込み先：一般社団法人日本女性薬剤師会

郵便局口座

口座番号：00160 - 5 - 317917

名 義：一般社団法人日本女性薬剤師会  
(振込み手数料は振込者負担)

振込受領証を貼付下さい。