

F A X 送付先 (03-3621-0521) 複数必要な場合はコピーして下さい

研修手帳申込書

平成 2 9 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 500 円 (郵送料 1 冊 100 円) 合計 600 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。