

希望講座:		A: 通信教育		B: 自己研修	
(参考)令和4年度受講状況:		通信教育		自己研修	
				受講していない	
★フリガナ:		★薬剤師免許番号:			
★お名前:		★生年月日:	昭和・平成	年	月
★郵便番号:	-	E-mail:			
★住所:					
★TEL:(日中可能)			★FAX:		
振込明細書貼付欄(振込完了が確認できるもの)/ 会員 16000円 /非会員 20000円					