

(様式 9)

研修会申込書

(西暦) 年 月 日

一般社団法人日本女性薬剤師会 認定薬剤師研修制度委員会 殿

研修会実施機関	名称
	代表者氏名
連絡先 (単位等送付先及び本会からの問い合わせ対応先)	ふりがな
	氏名
	住所〒
	電話番号
	E-mail:

下記の研修会の開催を希望致しますので、申請料を貴口座に振り込み致します。

研修会の名称			
研修会開催日(期間)	(西暦) 年 月 日()	開催時間	

【振込先】

- 郵便振替口座:00160-5-317917 名義:一般社団法人 日本女性薬剤師会
- ゆうちょ銀行 (店名)〇一九店(ゼロイチキュウ店) 口座番号:当座 0317917
名義:一般社団法人日本女性薬剤師会 シャ)ニホンジョセイヤクザイシカイ

【単位申請料】

研修会参加人数	1 計画書あたりの金額
1~50 名まで	1,500 円
51 名~100 名まで	3,000 円
101 名~300 名まで	5,000 円
301 名~1,000 名まで	10,000 円
1,001 名~	30,000 円

【郵送費】(どちらかを選択して下さい)

発送方法	送料
レターパックライト	430 円
レターパックプラス	600 円

払込受領書貼付欄