ＦＡＸ 03-3295-2333 　※番号をお間違えないようご注意願います。

令和元年度 登録販売者研修会 申込書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 公益社団法人 東京都薬剤師会 | | | | | **（必須）** 送信日　令和元年　　　　月　　　　日 | | |
| 会 長 　 永　田　泰　造　殿 | | | | | **受付　８月５日（月）～９月９日（月）** | | |
| **※　申込書に不備がある場合、送付ができない場合がございますのでご注意下さい。**  **ＦＡＸ終了後も、詳細連絡の到着までこの申込用紙は大切に保管願います。** | | | | | | | |
| 受講希望内容 | | **受講料**  （いずれかに○） |  | 全３回 １２時間　　￥１8，０００ | | | | 都 薬  使用欄 | |
|  | 全３回 １２時間　　￥１２，０００  （都薬会員の所属する店舗の従事者）  都薬会員の氏名：（必須） | | | | 受付№  受講料 | |
|  | |  |  | | | | |
| 受　講　者　デ　ー　タ　（勤務先） | | **薬局名** |  | | | | |
| **薬局住所** | **〒　　　　　　－**（必須）  　　　　　　　　　　区・市 | | | | |
| **電話番号** | －　　　　　　　　　　　　－ | | | | |
| **ＦＡＸ番号** | －　　　　　　　　　　　　－ | | | | |
| 緊急連絡用  本人携帯番号 | －　　　　　　　　　　　　－ | | | | |
| フリガナ |  | | | | |
| **登録販売者**  **氏　名** |  | | | | |
| 性 別 | 男　・　女 | | 年 齢 | | 歳 |
| 登録販売者の  **資格取得**年 | 平成　　　　　年 | |  | | |
| 当会の登録販売者研修会（平成24～30年度開催）の受講歴  ○をつけてください  なし ･ あり （平成24 ・ 25 ・ 26 ・ 27 ・ 28 ・ 29 ・ 30年度） | | | | | |

**上記のとおり、標記研修会の受講を申し込みます。**

(任意)