

日本プライマリ・ケア連合学会 生涯教育セミナー

【20120520 東京】 受講申込書 FAX 送信用紙

FAX 番号 03-3409-4075

宛先:プライマリ・ケア認定薬剤師短期集中研修会事務局

申込月日	平成 年 月 日 ()			下記の当てはまる□に✓を入れてください		
会 員	日本プライマリ・ケア連合学会			□会員(会員番号) □非会員		
フリガナ				職 種		
氏 名						
所 属	施設名称	所 属				
	郵便番号	〒	—			
	住 所					
	電話番号	—	—	FAX 番号	—	—
※ 受講案内(振り替用紙)・受講票等を自宅宛に郵送希望の方は、上記の所属欄を記入の上併せて下記欄もご記入ください。						
自 宅	郵便番号	〒	—			
	住 所					
	電話番号	—	—	FAX 番号	—	—
通 信 欄						
事 務 局 記 入 欄	受 付		月	日		
	受講案内郵送		月	日		
	受講料納入		月	日		
	受講票送付		月	日		
	キャンセル		月	日		
	(備考)					

※申込書は必ず1名様ずつ明瞭にご記入をお願いいたします。

※薬剤師の方はプライマリ・ケア認定薬剤師専用申込書をご利用下さい。