

令和元年度 店舗販売業者講習会 受講申込書

令和 元年 月 日

受講希望	第1希望	第2希望
時間帯	午前の部 ・ 午後の部	午前の部 ・ 午後の部
店舗名		
参加者名	ふりがな	
住所	〒 -	
TEL	FAX	

◎ 申込方法

講習会は、同じ内容で**午前の部**、**午後の部**の2回開催します。
上記の申込書のご希望時間帯を○で囲み、必要事項をご記入のうえ、
FAX 又は**郵送**してください。（第2希望までお書きください。）

◎ 申込期限

令和元年11月19日(火)

追って受講通知書をお送りいたします。

申込多数の場合は、ご希望に沿えない場合もございますので、ご了承ください。尚、締切日以降であっても空きがあればご受講いただけますので、お問い合わせください。複数名の参加も受付いたします。

◎ 申込み・問い合わせ先

〒114-0002 東京都北区王子4-24-11 IKビル7階
公益社団法人東京都医薬品登録販売者協会 事務局

TEL 03-6908-4130

FAX 03-6908-4140