

登録販売者外部研修会 受講申込書

宛名に、27から始まる8桁の数字(研修番号)の記載がある方は研修番号欄に研修番号をご記入いただくと、太枠のみのご記入でお申込みできます。なお、登録事項に変更がある方は下記その項目にご記入ください。

研修番号	27	下記のうち、研修受講可能番号にできるだけ複数〇印を付けてください。平日と日曜日は混雑が予想されます。受講者多数の場合ご希望に添えない場合がございます。記入例:1と2と3どちらでも構わない場合第1希望欄に ①②③ 第①希望が1で、3でも可の方は第1希望欄 ①23 第2希望欄 12③ DVD研修の場合は(DVD)
フリガナ		
氏名		

2025年度 第3回

10月9日(木) 赤羽会館	① 10:30~13:45	第1希望	第2希望
10月12日(日) 赤羽会館	② 10:30~13:45	1 2 3	1 2 3
10月25日(土) 赤羽会館	③ 14:30~17:45	DVD	DVD

eラーニングはウェブサイトからお申込みください

2025年度 第4回

2月20日(金) 赤羽会館	① 10:30~13:45	第1希望	第2希望	下欄のはい・いいえに〇を
2月21日(土) 赤羽会館	② 14:30~17:45	1 2 3	1 2 3	スマホ等の持込は可能ですか はい・いいえ
2月22日(日) 赤羽会館	③ 10:30~13:45	DVD	DVD	

eラーニングはウェブサイトからお申込みください

研修手帳を購入する 550円 2冊目以降は無償ですので申込不要

受講修了書の発行 希望する(330円) 年度内12時間受講後発行

2025年度DVD研修を申し込む。 第1回 第2回 第3回 第4回

2024年度DVD研修を申し込む。 第1回 第2回 第3回 第4回

店舗名		TEL	
		FAX	
店舗住所	〒		
携帯番号			

ご連絡先が上記と違う場合、下記にご記入ください

連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 会社 ※ご希望の連絡先にレ印を入れてください		
	〒		
TEL		FAX	

★集合研修の日時は受講日の10日前までに受講票をお送りします(連絡なき場合は、お手数ですが事務局までお問い合わせください)。通信研修は準備ができ次第ご連絡いたします。

FAXを送信される場合は、送信前に今一度番号のご確認をお願いします

◎FAX送信先 ① 03-6908-4140 ② 03-6908-4129

☆ウェブサイト(パソコン又はスマホ)からオンライン申込みもできます

◎ 郵送先 〒114-0002 東京都北区王子4-24-11 IKビル7階 公益東京都医薬品

公益社団法人 東京都医薬品登録販売者協会

◎ お問い合わせ電話番号 03-6908-4130

