

平成27年度 店舗販売業者講習会 受講申込書

平成 27 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		
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

平成27年11月24日(火)  
追って決定通知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。

◎ 申込み・問い合わせ先

〒112-0002 東京都文京区小石川5-20-7  
公益社団法人東京都医薬品登録販売者協会 事務局  
TEL 03-3812-4961  
**FAX 03-3812-3005**