

薬剤師グレードアップセミナー in 横浜

参加申込書 (2014 年度)

フリガナ			1. 新規入会
氏 名			2. 継 続 (2013 年度の会員番号)
1	自宅住所	〒	TEL
			FAX
			E-Mail
2	勤務先名		
	勤務先住所	〒	TEL
			FAX
E-Mail			
上記の住所のうち連絡先（資料送付、連絡はがき送付先）希望の番号に○印をお付け下さい。 (1. 2. どちらか一方に○印。印なき場合は自宅へお送りいたします。)			
参加希望セミナーコース(希望するコースの番号に○印をつけて下さい)		他コースへの変更	
1、薬剤師グレードアップセミナー in 横浜・木曜日コース		1. 可能	
2、薬剤師グレードアップセミナー in 横浜・土曜日コース		2. 定員を超える場合	
3、薬剤師グレードアップセミナー in 横浜・夜間コース		参加取りやめ	

この部分に、振込用紙の控え等(コピーも可)を添付してください。

振込用紙控え添付位置