

【送付先】 公益社団法人福岡県薬剤師会（FAX：092-281-4104）

送信日：

送信枚数：

在宅医療に関する研修会

複数人分振込明細

まとめてお振込みの場合は、全員の方のお名前をご記入の上、FAXをお願いいたします。

振込人名義		振込日	連絡先(お名前)	
			連絡先(TEL)	
	参加者名		会員薬局区分 ※ <input checked="" type="checkbox"/>	受講料 ※ <input checked="" type="checkbox"/>
1			<input type="checkbox"/> 会員薬局勤務者	<input type="checkbox"/> 1,000円
			<input type="checkbox"/> 非会員薬局勤務者	<input type="checkbox"/> 3,000円
2			<input type="checkbox"/> 会員薬局勤務者	<input type="checkbox"/> 1,000円
			<input type="checkbox"/> 非会員薬局勤務者	<input type="checkbox"/> 3,000円
3			<input type="checkbox"/> 会員薬局勤務者	<input type="checkbox"/> 1,000円
			<input type="checkbox"/> 非会員薬局勤務者	<input type="checkbox"/> 3,000円
4			<input type="checkbox"/> 会員薬局勤務者	<input type="checkbox"/> 1,000円
			<input type="checkbox"/> 非会員薬局勤務者	<input type="checkbox"/> 3,000円
5			<input type="checkbox"/> 会員薬局勤務者	<input type="checkbox"/> 1,000円
			<input type="checkbox"/> 非会員薬局勤務者	<input type="checkbox"/> 3,000円
6			<input type="checkbox"/> 会員薬局勤務者	<input type="checkbox"/> 1,000円
			<input type="checkbox"/> 非会員薬局勤務者	<input type="checkbox"/> 3,000円
7			<input type="checkbox"/> 会員薬局勤務者	<input type="checkbox"/> 1,000円
			<input type="checkbox"/> 非会員薬局勤務者	<input type="checkbox"/> 3,000円
8			<input type="checkbox"/> 会員薬局勤務者	<input type="checkbox"/> 1,000円
			<input type="checkbox"/> 非会員薬局勤務者	<input type="checkbox"/> 3,000円
9			<input type="checkbox"/> 会員薬局勤務者	<input type="checkbox"/> 1,000円
			<input type="checkbox"/> 非会員薬局勤務者	<input type="checkbox"/> 3,000円
10			<input type="checkbox"/> 会員薬局勤務者	<input type="checkbox"/> 1,000円
			<input type="checkbox"/> 非会員薬局勤務者	<input type="checkbox"/> 3,000円
			振込金額合計	円

*お振込みは、9月18日(金)までをお願いいたします。

*11名以上の場合は、用紙を複数枚ご使用ください。

*研修会の申込みフォームではありませんのでご注意ください。