

受講申込書

令和6年度 第1回

登録販売者生涯学習外部研修会

いずれかを○で囲んで下さい

申込区分 (医薬品登録販売者協会会員) ・ (一般)

① 現地受講 (先着150名)

・ 6 / 13 (木)

・ 7 / 14 (日)

② オンライン受講 (先着100名)

・ 6 / 13 (木)

・ 7 / 14 (日)

(オンライン受講は、令和6年度_____回目の受講)

メールアドレス_____

※すでに福岡県医薬品登録販売者協会にメールアドレスを登録済みの方は記入不要です

申込締切 令和6年5月20日(月) 必着厳守

ふりがな

氏名

〒

住所

電話番号(携帯可)

勤務先名

勤務先電話番号

受講者名簿は、厚生労働省・薬務課に届け出ております

【重要】

申込受付は先着順とし、期間内定員になり次第、受付を終了いたしますのでご了承下さい。

提出先：一般社団法人福岡県医薬品登録販売者協会

FAX：092-411-0350