

受講申込書

令和7年度

特別講演会・第2回登録販売者資質向上研修会

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)

・ 10 / 9 (木)

・ 11 / 3 (月・祝)

② オンライン受講 (先着100名)

・ 10 / 9 (木)

・ 11 / 3 (月・祝)

(オンライン受講は、令和7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7年9月10日(水) 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、受付を終了致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