

受講申込書

令和 8 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 1 5 0 名)

・ 1 0 / 1 6 (金) ・ 1 1 / 3 (火・祝)

② オンライン受講 (先着 1 5 0 名)

・ 1 0 / 1 6 (金) ・ 1 1 / 3 (火・祝)

(オンライン受講は、令和 8 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 8 年 9 月 1 5 日 (火) 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