受講申込書

令和８年度

第３回登録販売者資質向上研修会

いずれかを〇で囲んで下さい

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）
　・２／２１（日）　　・３／１９（金）
② オンライン受講（先着１５０名）
　・２／２１（日）　　・３／１９（金）

（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９年１月３１日（日）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