

ファーマシーセミナー受講票

この受講票は FAX 申し込み後、当日必ずご持参ください。

送信
方向

1. 参加するセミナーの開催月をご記入ください。

____月開催セミナー

2. 下記より参加する会場を選択してください。

- | | | | | | |
|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 郡山 | <input type="checkbox"/> 大宮 | <input type="checkbox"/> 日本橋 | <input type="checkbox"/> 新宿 | <input type="checkbox"/> 横浜 | <input type="checkbox"/> 川崎 |
| <input type="checkbox"/> 名古屋 | <input type="checkbox"/> 三重 | <input type="checkbox"/> 大阪 | <input type="checkbox"/> 神戸 | <input type="checkbox"/> 京都 | <input type="checkbox"/> 福山 |
| <input type="checkbox"/> 福岡 | | | | | |

3. 日本薬局学会の会員か非会員か選択してください。わからない場合は不明を選択してください。

- | | | |
|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 会員 | <input type="checkbox"/> 非会員 | <input type="checkbox"/> 不明 |
|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|

4. 貴方の勤務先が日本保険薬局協会の会員か非会員か選択してください。
わからない場合は不明を選択してください。

- | | | |
|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 会員 | <input type="checkbox"/> 非会員 | <input type="checkbox"/> 不明 |
|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|

5. 参加者の情報をご記入ください。

参加者法人名
参加者薬局名
勤務先住所 〒
参加者氏名（フリガナ）
連絡先（TEL）※確認の際、事務局からこの連絡先に連絡させていただく場合がございます。
E-mail アドレス ※必須ではありませんが、ご記入いただいた場合、申し込み受付完了メールを配信します。

注意事項）

- 参加費は当日、会場においてお支払いいただけますようお願いいたします。
- 申し込みいただきました情報は、協力いただいた製薬企業に提供いたします。
- 申し込みは各開催日の3日前（土日祝日含まず）が締切りとなります。
- 製薬会社関係者の参加はご遠慮ください。

以上宜しくお願いいたします。

問い合わせ先

日本薬局学会事務局

〒103-0027 東京都中央区日本橋 3-12-2 朝日ビルディング4階

TEL: 03-3243-3061

FAX 03-3243-1076