

2013 東京都女性薬剤師会・夏期研修会漢方講座 受講申込書

下表に必要事項をご記入の上、東京都女性薬剤師会事務局宛に **7月12日(金)迄**に FAX 送信してください。「受講申込書」受信により、受講申込み受理となります。

- 1) 定員 (700 名) になり次第、申込み受付を終了させていただきますのでご了承ください。
- 2) 受講料振り込みの際、通信欄に“夏期研修会”と記入をお願いします。
- 3) 申込書を FAX なさる時は「振込み受領証」を指定位置に貼付して、FAX をお願いします。
- 4) 申込が定員に達した場合を除き、振り込まれた受講料は返却できませんのでご承知おきください。
- 5) 受講票の希望送付先を必ずお選びください。印が無い場合はご自宅へ送付いたします。

【郵便局口座】

口座番号：00140-3-119489 名義：東京都女性薬剤師会

【事務局】

住 所：〒130-0012 東京都墨田区太平 3-1-1 坂部ビル 2 階

電 話：(03) 3621-0489 FAX：(03) 3621-0521

※電話受付時間：月曜日～金曜日（祝日除く）午前 10 時 30 分～午後 4 時

E-mail：to-joyaku@kxb.biglobe.ne.jp

フリガナ				東京都女性薬剤師会会員の方
お名前				会員番号： 会員の方の受講料は 3,000 円です
性別	女性 ・ 男性	年齢	20 代以下， 30 代， 40 代， 50 代， 60 代， 70 代以上	
勤務先	病院 ・ 薬局 [開 ・ 勤務 ・ 他]、その他、未就業 ・ 学生（該当箇所を○で囲んでください）			
勤務先名 店舗名				
学生の場合	[学校名]			
勤務先の住所	〒			
電話	()			—
FAX	()			—
メールアドレス	無 ・ 有→	@		
自宅の住所	〒			
電話	()			—
認定シールの希望（どちらかを選択）	G01 日本薬剤師研修センター ・ G16 日本女性薬剤師会			
受講票 希望発送先（どちらかを選択）	勤務先 ・ 自宅			
この講座を何でお知りになりましたか？	都女薬新聞・都女薬 HP・漢方スクエア・MR・その他（ ）			

※お申込いただきました先生方の情報は医薬品等の情報提供活動に活用させていただく場合がございます。なお、個人情報保護に関しましては完全管理に必要措置を講じ適切に保管いたします。

※東京都女性薬剤師会に入会ご希望の方は、東京都女性薬剤師会事務局にお尋ねください。

※学生の場合は、当日、学生証を持参してください。

振込み受領証（コピー）貼付場所