

**令和3年度 札幌医薬品登録販売者協会
(前期) 登録販売者生涯学習研修会 参加申込書**

ふりがな	
氏 名	

※DVDの送り先を、ご記入下さい。

住 所	店舗・勤務先への送付をご希望の場合は店名もご記入ください。
	〒
電話番号	FAX
研修手帳	1冊 500円 (・希望する ・希望しない)
備 考	研修会の案内を 今後も (・希望する ・希望しない)
ご意見・ ご要望	(受講料は、振込の控をもって領収書の発行に代えさせていただきます。) ※ 記載事項は研修会に関する事以外に使用しません。

<p>申込先 札幌医薬品登録販売者協会</p> <p>TEL/FAX : 011-821-7158</p> <p>E-mail : h-touroku@major.ocn.ne.jp</p> <p>HP : https://sapporoyakyo.com/</p>
