

令和4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。

申込先 札幌医薬品登録販売者協会

TEL/FAX : 011 - 821 - 7158

E-mail : h-touroku@major.ocn.ne.jp

HP : <https://sapporoyakyo.com/>