ＦＡＸ送付先（ 03-5244-4077 ）複数必要な場合はコピーして下さい

研修手帳申込書

年　　月　　日

一般社団法人日本女性薬剤師会　事務局　御中

研修手帳を申し込みます。

お名前　　（受講者番号　　）

ご住所　〒

電話番号　　FAX 番号

メールアドレス

※必要冊数をご記入ください。郵便局にて下記口座にお振込み後、受領書貼付しＦＡＸで申込みお願いいたします。

1 冊 550 円（郵送料 1 冊 220 円）合計 770 円

冊

振り込み先：一般社団法人日本女性薬剤師会

郵便局口座
口座番号：00160 - 5 - 317917
名　　義：一般社団法人日本女性薬剤師会
（振込み手数料は振込者負担）

振込受領証を貼付下さい。