

(様式 9)

研修会申込書

(西暦) 年 月 日

一般社団法人日本女性薬剤師会 認定薬剤師研修制度委員会 殿

研修会実施機関	名称
	代表者氏名
連絡先 (単位等送付先及び本会 からの問い合わせ対応先)	ふりがな
	氏 名
	住 所 〒
	電話番号
	E-mail :

下記の研修会の開催を希望致しますので、申請料を貴口座に振り込み致します。

研修会の名称			
研修会開催日 (期間)	(西暦) 年 月 日 ()	開催時間	

【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

単位申請料

研修会参加人数	1 計画書あたりの金額
1～50 名まで	1,500 円
51 名～100 名まで	3,000 円
101 名～300 名まで	5,000 円
301 名～1,000 名まで	10,000 円
1,001 名～	30,000 円

郵送費 (どちらかを選択して下さい)

発送方法	送料
レターパックライト	360 円
レターパックプラス	510 円

払込受領書貼付欄