

薬剤師継続学習通信教育講座受講者諸変更届

※登録府県名（日本女性薬剤師会本部）・受講者番号・氏名は必ずご記入下さい。

※登録府県（日女薬本部）	※受講者番号
--------------	--------

※フリガナ ※氏名 (改姓の方は旧氏名) (旧氏名)

新住所 〒	
TEL	FAX
メールアドレス	

下記宛に FAX、E-mail、郵送でご連絡下さい。FAX 03-5244-4077

一般社団法人 日本女性薬剤師会

〒101-0021

東京都千代田区外神田 2 丁目 2-17 喜助お茶の水ビル 3 階

TEL : 03-5244-4857 FAX : 03-5244-4077

E-mail : jwpa@khh.biglobe.ne.jp

電話受付時間：月・火・木 10 時 30 分～16 時