

# 神奈川県女性薬剤師会研修・講座 受講申込書

下記研修会に申し込みします。

## 【研修・講座名】

[開催日] \_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

[研修・講座名] \_\_\_\_\_ ※必ずご記入下さい!

## 【受講者情報】

[氏名/ふりがな] ふりがな

\_\_\_\_\_

[会員区分]

神奈川県女性薬剤師会  会員 ・  非会員  
\*どちらかにチェックしてください

[ご住所]

〒

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

[電話番号]

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

[E-MAIL] \*研修会などのお知らせを受信希望される方のみ  
\*大きくはっきりとご記入ください

\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

## 【申込書 送信先】

神奈川県女性薬剤師会 事務局

# FAX 045-754-8932

\*間違われますとお申し込みの確認ができません。お間違いのない  
ようご注意ください。