別添－３ （令和 ２年度）

奈良県家庭薬配置商業協同組合 資質向上研修委員会 御中

資質向上研修受講申込書

資質向上研修を受講いたしたく受講料を添えて申込みます。

受講料 金 ５,０００円（組合員）（組合員外の方は、金２０,０００円）

（他府県協議会員の方は①②③各１日/金３,０００円）

なお、受講料は理由の如何を問わず返金しません。

協議会確認印
㊞
（他府県協議会の方）

口座送金を希望される方は下記へお願いします。

ゆうちょ銀行　郵便通帳からは　記 号　１４５４０　番 号　１６１８７５９１

他銀行からは　店 名　４５８　店 番　４５８　普 通　１６１８７５９

口座名義　奈良県家庭薬配置商業協同組合

振込料金はご負担願います。

研修区分	研 修 年 月 日	（注）通信受講の選択は、最大２日間です。 座 学 か 通 信　希望する受講方法に〇を付けて下さい	
①	年　月　日	座　学	通　信（８０問）
②	年　月　日	＜座 学 必 修＞	
③	年　月　日	座　学	通　信（８０問）
④	年　月　日	座　学	通　信（８０問）

（※上記 ① ～ ④で ２６時間 １月と８月の認定講習会を合わせて３０時間です）

令和　　年　　月　　日

薬友会名＿＿＿＿＿＿＿＿　　支 部 名＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　生年月日 S・H　　年　　月　　日 生

住　　所 〒＿＿＿＿＿＿＿＿
（大字・番地）

連絡先電話（携帯等）
（緊急時確実に本人と連絡がとれること）

奈良県家庭薬配置商業協同組合 事務局 電 話 ０７４５－６２－２１０１(代)
ｆａｘ０７４５－６２－８６８７