

令和 年 月 日

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

12時間 資質向上研修受講申込書

標記の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 4,000円 (組合員) 組合員外の方は、金8,000円

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
振込料金をご負担願います。

受講料は理由の如何を問わず返金しません。

| | |
|------|--|
| 研修区分 | 新型コロナウイルス感染拡大阻止の観点から、令和2年7月13日付厚生労働省 医薬・生活衛生局 総務課通知(事務連絡)に倣い、全てのカリキュラムを通信講座として実施します。 |
| ① | |
| ② | |

※ (注) 通信問題を7月中旬ごろ送付の予定 9月末日までに回答を提出して下さい。

奈良県家庭薬配置商業協同組合 薬友会 _____ 支部名 _____

組合員外の方は、その団体名 _____

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)

f a x 0745-62-8687