

別添－ 3 (令和 4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

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

振込料金をご負担願います。

希望する受講該当年 (1) (2) に○を付けて下さい	(注)全日程通信です。 ① ② ③ ④
(1) 令和 4年分	令和 4年 4月～12月 問題送付7月上旬 回答提出9月末日
(2) 令和 5年分	令和 5年 1月～ 3月 問題送付1月下旬 回答提出3月末日

(※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)
f a x 0745-62-8687