別紙１

**2019年度　第１回登録販売者資質向上のための研修会（前期）**

**受講申込書**

一般社団法人　岩手県薬剤師会　様

申込日　　 年　　月　　日

下記の通り、**2019年7月15日（月・祝日）開催研修会**に受講申込いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな   1. 氏　　名 |  |
| ２．受講要件  （いずれかに○印をお付けください） | 登録販売者　・　薬剤師 |
| ３．勤務先名 |  |
| ４．勤務先住所 | 〒  電話：　　　　　　　FAX： |
| ５．自宅住所 | 〒  電話：　　　　　　　FAX： |
| ６．登録販売者　登録都道府県 |  |
| ７．登録販売者　登録番号 | 第　　　　　　　　　　　　　　号 |
| ８．登録販売者　登録年月日 | 年　　　月　　　日 |
| ９．日登協への入会  （いずれかに○印をお付けください） | 入会する（3400円）・入会しない（2200円） |

・申込書に必要事項を記入の上、事務局までFAXまたは郵送にて申込下さい。

・薬剤師は６・７・８の記入は不要です。

・ここに記入いただいた個人情報は、本研修会関連業務以外には使用致しません。

**・2019年7月5日（金）までにお申し込みください。**

**送付先ＦＡＸ：０１９－６５３－２２７３**

【一般社団法人岩手県薬剤師会事務局】へFAXまたは郵送でお申し込みください。

〒020-0876　岩手県盛岡市馬場町3-12電話：019-622-2467　FAX：019-653-2273