（一社）日本保険薬局協会　リスクマネジメント委員会

**アンガーマネジメント研修　ＦＡＸ申込書（非会員用）**

|  |  |
| --- | --- |
| 御社名 |  |
| 御所属・御役職 |  |
| 氏名（フリガナ） |  |
| 薬剤師免許番号 |  |
| 連絡先住所  勤務先　／　自宅 | 〒 |
| ＴＥＬ・ＦＡＸ |  |
| メールアドレス |  |

◎メールアドレスが不鮮明で読み取れない場合等、確認の連絡が必要な場合があります。必ず日中連絡のつく電話番号を記入してください。申込内容に不備があり、かつ連絡が取れない場合は受付できません。

◎　氏名の欄にカタカナのみで記載をする方がいますが、漢字とフリガナの両方をご記入ください。

◎ 申込は8月7日（月）正午迄に日本保険薬局協会事務局FAX（03-3243-1076）までお申し込み下さい。