

# 参加申込用紙(非会員専用)

## FAX:03-3243-1076

締切  
6/7  
(月)  
正午

第142回NPhA 九州・沖縄ブロック 熊本エリア研修会

日時:2021年6月15日(火) 19:30~21:00

- 参加ご希望の場合は、下記注意事項をお読みの上、ご記入後、FAX送信して下さい。

法人名または薬局名	
店舗名・ご所属・ご役職	
フリガナ	
ご氏名	
薬剤師免許番号	
研修受講シール ※1	要 ・ 不要 ※ どちらかに○を付けて下さい。
ご連絡先住所 ※2	勤務先 ・ 自宅 ※ どちらかに○を付けて下さい。
	〒
TEL・FAX番号 ※3	TEL: FAX:
メールアドレス ※4	

### 【ご注意事項】

- ◎ お申し込みでご提供いただきました情報は、共催企業に提供致します。また、法律に基づき開示が義務付けられている等の特別の事情がない限り、ご本人の事前承諾なしに第三者に開示・提供することはありません。
- ◎ ご氏名の欄は、ご氏名とフリガナの両方を記入して下さい(カタカナのみの記載は不可です)。
- ◎ 薬剤師免許番号が不明な場合は、研修受講シールを送付できませんので、記入漏れのないようにお気をつけ下さい。
- ◎ (※1)研修受講シールは希望者にのみ、配布致します。不要な場合は、「不要」に○を付けて下さい。
- ◎ (※2)ご連絡先住所に、後日、研修受講シールを送付致しますので、間違いのないよう記入して下さい。確実に届くように勤務先か自宅かを選び、どちらかに○を付けて下さい。一旦発送したシールは、いかなる理由でも再送は致しません。
- ◎ (※3, 4)メールアドレスが不鮮明で読み取れない場合等に、お電話で確認の連絡が必要な場合があります。お電話番号は、必ず日中にご連絡が取れる番号を記入して下さい。申込内容に不備があり、かつご連絡が取れない場合はお受け付けできません。
- ◎ 研修会中にキーワードをいくつかご提示致します。研修受講シールを希望する方は、全てのキーワードを研修会当日の24時までに指定のアドレスまでメールで報告して下さい。報告方法は申込受付後のメールでご連絡致します。