ご質問のある方はこの質問用紙に記入して、参加申込用紙とともにＦＡＸでお送り下さい。

質　問　用　紙

演　題　名　：

所属施設（会社）名	
所　属　部　課	
氏　　名	
連　絡　先　住　所	〒　　－
連 絡 先 電 話 番 号	

日本薬剤師研修センター研修会係　宛　　ＦＡＸ：０３－３５６８－０８２１