

－申込用紙－（コピーしてご利用下さい）FAX：03-3568-0821
 ※振込日の確認できる領収書の写しを一緒にお送り下さい。

第24回医薬品承認申請実務担当者研修会 申込用紙			
フリガナ			
①お名前 ※1		②希望ブロック (○印)	1.東京 2.大阪
③申込(○印)	1.個人申込 2.職場で一括※2 (名分)	④勤務先 (○印)	・保険薬局・病院・診療所・製薬企業 ・卸・教育・行政・フリー・その他
⑤受講票お送り先住所(送付先が会社の場合は、会社・部署名までご記入下さい)			
〒			
会社・部署名 (送付先がご自宅の場合は 未記入)			
⑥電話番号		⑦FAX番号	
⑧メールアドレス			
⑨振込日※振込日が確認できる領収書の写しを一緒にお送り下さい		⑩振込金額 (総額)	
	月 日		円

※1. 申込者が複数の場合、代表者のお名前をご記入下さい。

※2. 以下に代表者以外の方のお名前をご記入下さい。

お名前	お名前	お名前

申込用紙に記載された個人情報は、当該研修会に関わる管理、受講票の発送、集計、次回研修会への案内状送付等に使用し、この範囲を超えた利用はいたしません。また、本人の承諾なしに関係団体以外への第三者への提供は行いません。ただし、法令に基づき開示を求められた場合にはこの限りではありません。