

【プライマリ緩和ケア研修会Ⅲ】(2014年1月19日)

受講申込書 FAX 送信用紙

FAX 番号 03-3409-4075

宛先: プライマリ緩和ケア研修会;

+プライマリ・ケア認定薬剤師短期集中研修会事務局

申込月日	平成 年 月 日 ()	下記の当てはまる□に✓を入れてください	
会 員	日本プライマリ・ケア連合学会	□会員(会員番号) □非会員	
フリガナ		2014. 1. 19.	
氏 名		医師専用申込書	
所 属	施設名称	所属	
	郵便番号	〒 —	
	住 所		
	電話番号	— —	FAX 番号
※ 受講案内(振り替用紙)・受講票等を自宅宛に郵送希望の方は、上記の所属欄を記入の上併せて下記欄もご記入ください。			
自 宅	郵便番号	〒 —	
	住 所		
	電話番号	— —	FAX 番号
通 信 欄			
事 務 局 記 入 欄	受 付	月	日
	受講案内郵送	月	日
	受講料納入	月	日
	受講票送付	月	日
	キャンセル	月	日
	(備考)		

※ 申込書は必ず1名様ずつ明瞭にご記入をお願いいたします。