

実地医家のための会 + プライマリ・ケア認定薬剤師研修会
「プライマリ・ケアと漢方」
受講申込書 FAX 送信用紙
FAX 番号 03-6838-9222

宛先: 実地医家のための会+プライマリ・ケア認定薬剤師研修会事務局

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
	職種(具体的名称でお書きください):				
フリガナ				2016. 4. 10. 開催	
氏 名				他職種用申込書	
勤務先	施設名称	所属			
	郵便番号	〒 —			
	住 所				
	電話番号	— —	FAX 番号	— —	
自宅	郵便番号	〒 —			
	住 所				
	電話番号	— —	FAX 番号	— —	
通信欄	情報交換会 : 参加・不参加 (どちらかを選択して○印を付けてください)				
事務局記入欄	FAX 受付	月	日		
	受講者確認	月	日		
	引換票配布	月	日		
	受講証付与	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。