

日本プライマリ・ケア学会 生涯教育セミナー「EBM」(basic)

受講申込書 FAX 送信用紙

FAX 番号 03-3409-4075

宛先: 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	<input type="checkbox"/> 会員(会員番号)	<input type="checkbox"/> 非会員
フリガナ		2012.04.15	
氏 名		東京会場	
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。