

【プライマリ緩和ケア研修会Ⅳ】(2014年3月9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. 03. 09.	
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。