

一般社団法人 日本プライマリ・ケア連合学会
生涯教育 Hands-on セミナー & プライマリ・ケア認定薬剤師研修会
「終末期医療と在宅医療を考える」(東京)

受講申込書 FAX 送信用紙

FAX 番号 03-3409-4075

宛先: 生涯教育 Hands-on セミナー事務局

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				2012.12.02開催	
氏 名				他職種専用申込書	
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	職種名:				
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 (備考)	月	日		

※ 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。