

令和2年 月 日

公益社団法人石川県薬剤師会
薬剤師生涯学習事業委員会

受講申込書
令和2年度 薬剤師PS講座ネクスト

申込者名 氏名	ふりがな			性別
	氏名			<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
連絡先	〔自宅住所〕 〒			
	勤務先 電話番号		携帯電話	
	メールアドレス(FAXの場合)			
勤務先				
薬剤師名簿 登録番号		所属	<input type="checkbox"/> 薬剤師会会員 所属支部: _____ <input type="checkbox"/> 非会員	
欠席した月の講座資料の送付希望の有無		<input type="checkbox"/> 希望します <input type="checkbox"/> 不要です		

(申込者の個人情報は、本講座の実施業務以外には使用いたしません)

受講料	年間	石川県薬剤師会 <input type="checkbox"/> 会員: 5,500円 <input type="checkbox"/> 非会員: 11,000円	
	払込方法 方法	ゆうちょ銀行(郵便局) からの振込	口座記号:00760-5-95023 加入者名:薬剤師研修事業
他金融機関からの振込		ゆうちょ銀行 支店名:〇七九(ゼロナナキュウ)店 当座預金:0095023 口座名義:薬剤師研修事業	
事務局での現金支払いは中止しています。			

※振込手数料は別途ご負担願います。

担当者欄 記入欄	受理日	令和2年 月 日	受講登録者番号
	担当者		PSN-00

※必要事項(該当する□にレ点)をご記入の上、FAX 又はメールで申込みください。

FAX 076-223-1520

メールアドレス: center-g08@ishikawakenyaku.com