

非会員用
医薬品登録販売者学習研修会申込書

ふりがな		性別	男・女
申込者氏名		生年月日	西暦 年 月 日
申込者住所	〒 ー		
申込者通信連絡	電話	FAX	
勤務先(店舗)名			
勤務先通信連絡	電話	FAX	
勤務先(店舗)住所	〒 ー		
販売従事登録番号			

※ 受講費 12,000円
(参加費は1講座1,500円×年間8講座)

※ テキスト 3,990円

※ 登録販売者研修手帳 500円



研修確認手帳

研修受講費(テキスト、手帳不要の場合は受講費のみとなります。)

◎受講費+テキスト+研修手帳=合計16,490円になります。

※ 申し込みはFax 024-931-0012までお願いします。

※ お申し込みFaxをお受けいたしましら改めて振込方法をご連絡致します。

プリントアウトしてご利用ください。