

FAX送信先 03-3797-5303

別添1

## 受講料預かり書(仮受け書)発行依頼書

講習会名	平成22年度新しい業務展開に向けた特別委員会主催研修会
研究会名	3/12 大阪 3/13 東京 (○を付けて下さい。)
受講番号	
フリガナ	
氏名	
施設名	
施設住所	〒 -

\*本情報は、預かり書発行以外には使用いたしません。

社団法人 日本病院薬剤師会 経理課行

E-mail : keiri@jshp.or.jp