

FAX送信先 03-3797-5303

別添1

受講確認書

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 会場名	①会場変更希望なし <input type="checkbox"/> 8/20 大阪 <input type="checkbox"/> 8/21 東京 ②会場変更希望あり <input type="checkbox"/> 8/20 大阪 <input type="checkbox"/> 8/21 東京 (該当する項目にチェックを付けて下さい。)
受講番号	
フリガナ	
氏名	
施設名	
備考	受講のご連絡等をメールで行いますので、Eメールアドレス等の変更がありましたら記入して下さい。

*本情報は、受講確認以外には使用いたしません。

社団法人 日本病院薬剤師会 総務課行

E-mail : somu@jshp.or.jp