受講申込書

|  |
| --- |
| 氏　名：　　　　　　　　　　　　（ふりがな） |
| 生年月日（西暦）： 　　　　　　　　　　　　 |
| 会員区分：　会員　　賛助会員所属者　　非会員　　　学生　　　紹介　 |
| 住　所（シール・資料等送付先）：所属機関の場合は、所属機関名も書いてください。〒 |
| 連絡用電話番号： |
| 連絡用メールアドレス： |
| 薬剤師番号（シールが必要な方）： |
| 所　属：  |
| 受講希望：　~~全4回~~　　　~~単回①~~　　　単回②　　　　単回③　　　　単回④ |
| 振り込み先情報：　みずほ銀行　（金融機関コード:0001）麻布支店　（支店コード:531）普通口座　１２１６６２９シャ）チイキイリヨウヤクガクケンキユウカイ |
| 費用：~~全4回継続受講者~~　　　~~会員・賛助会員所属者・紹介者等　3000円　（シール希望者は2000円プラス）~~　　　~~非会員　6000円（シール希望者は2000円プラス）~~　　　単回受講者会員・賛助会員所属者・紹介者等　1000円/回（シール希望者は500円プラス/回）　　　非会員　2000円/回（シール希望者は500円プラス/回）　　　＊学生　いずれも費用無料、シール発行は行いません。 |

＊お申込みの際は、上記の該当する費用額を併せてお振込みのほどお願い申し上げます。近時情報漏洩が懸念されるところから電子決済は行いません。

＊お振込みいただきましたかたには、順次セミナー参加ＵＲＬ等のお知らせをいたします。

＊お知らせいただきました個人情報は、本セミナー参加に関連するお知らせ等、本研究会内部のみにて取り扱うものとし、あらかじめの同意なく第三者に開示することはありません。

＊申し込み書、お困りのこと、疑問などは下記SSCPアドレスまでお送りください。

一般社団法人　地域医療薬学研究会（SSCP）info@sscp.or.jp,TEL/FAX 03-3441-1174

代表理事連絡先　avalon22@msj.biglobe.ne.jp , 090-3499-2492