

申込みフォーム（第九回薬物乱用対策研修会）

FAX : 043-291-2602

E-mail : kusuri@hosp.go.jp

平成29年11月15日（水）～17日（金）の研修会に下記のとおり参加を希望します。

フリガナ

氏 名 (..... 歳)

所属機関

所在地 〒.....

電話番号 FAX 番号

E-mail アドレス@.....

※携帯アドレス不可。添付文書の受信が可能な E-mail アドレスをお願いします。

※上記 E-mail アドレスに今後ご案内が不要な場合、下記の□にチェック（✓）をご記入ください。

案内を希望しない

職 種 (資格.....)

役 職

① 昼食（弁当）希望の方は、下線部に○印を付ください。

11月15日（水）..... 16日（木）..... 17日（金）.....

② 懇親会に参加される方は、下線部に○印を付してください。

11月15日（水）懇親会への参加を希望

※昼食申込・懇親会参加の当日キャンセルは出来ませんので、予めご了承ください。