

参加申込書

- ※会場の関係上、募集人数は先着40名様までとさせていただきます。
- ※参加ご希望の方はこの用紙にご記入後、下記FAXにてお送り頂くか、必要事項をE-mail送信してください。
- ※お申し込み締め切り期日は11月7日までとさせていただきます。
- ※お申込み後にこちらから受講票とお振込先をメール又は郵送にてご案内させていただきます。
- ※お振込みは11月11日までをお願いいたします。
- ※振り込み手数料はご負担ください。
- ※ご入金後のキャンセルは受付できません。ご欠席の場合は、各講の終了後、資料をお送りします。
- ※薬経連・薬研会員からのご紹介の場合、必ずご紹介者のお名前を記入ください。

ふりがな	
お名前	様
ご勤務先	
ご勤務先 連絡先	TEL () - FAX () - Mail アドレス @
ご勤務先 所在地	
ご優待資格	<input type="checkbox"/> 薬研会員 <input type="checkbox"/> 薬経連会員 <input type="checkbox"/> 薬経連・薬研会員からのご紹介
緊急連絡先	TEL () -
紹介者お名前	

個人情報の取扱について

1. 参加申込書でご提供いただいた個人情報は、安全かつ厳密に管理いたします。
2. 個人情報は、セミナーの案内・参加に関する事務手続きのみに使用します。
3. 個人情報は第三者に開示・提供・預託することはありません。
4. 個人情報の開示・訂正・削除については、以下の窓口までご相談下さい。

個人情報に関する問い合わせ窓口 電話：048-486-9865

F A X 送信先：048-611-8935



株式会社 薬事政策研究所 薬剤師接遇セミナー事務局行

E-mail：info@ripp.co.jp