**（別紙1）**

|  |
| --- |
| **中部医療機器工業協会　行き　ＦＡＸ０５２－２２９－１７５１**  ※メールアドレス：jimukyoku@aiikou-k.org  **受講申込期間　令和２年２月２５日（火）まで** |

**受講申込書**

**講習会：「医薬品・医療機器法講習会」**

[令和2年3月13日（金）午後１時３０分　愛知県薬剤師会館（あいやくホール）]

企業名

所在地　〒

電話番号　　　　　　ＦＡＸ番号　　　　　　メールアドレス

【参加者】　　　　※受講票は「代表者」に一括送付します

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受講者氏名 | 所属部署 |
| 代　表　者  （受講票受取者） |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

受講料：1名 2,000円（会員外：1名 4,000円）

|  |  |
| --- | --- |
| 受講料　　　名分＝　　　　　　　　円 | 振込(予定)月日　　　月　　　日  領収書　　必 要　・　不 要 |