**（別 紙）**

|  |
| --- |
| **中部医療機器工業協会　事務局行き　 ＦＡＸ　０５２－２２９－１７５１**  **※メールアドレス：jimukyoku@aiikou-k.org** |

**医薬品・医療機器法講習会と薬事研究発表会の中止（延期）に伴う**

**受講料返金の振込先について**

※中止となった講習会

「医薬品・医療機器法講習会と薬事研究発表会」

開催日時：令和2年3月13日（金）午後1時30分

開催場所：愛知県薬剤師会館（あいやくホール）

　　　企業の名称

　　　所在地　〒

　　　電話番号　　　　　　　　　ＦＡＸ番号

　　　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ

|  |  |
| --- | --- |
| 受講申込者数 | 名 |
| うち受講料振込済数 | 名分 |
| 受講料振込金額  会　員:１名 2,000円  （会員外：1名 4,000円） | 円 |
| 受講料を振込いただいた月日 | 月　　　日 |

【受講申込の状況】

※ 既に受講申込をいただいた人数、そのうち受講料を振込んでいただいた人数、金額及び振込みいただいた月日についてご記入下さい。

**【受講料返金のためのお振込み先】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関の名称及び支店等の名称 | |  | |
| 口座の種類 |  | 口座番号 |  |
| 口　座　名 | |  | |
| ご担当者の所属・氏名、連絡先  （電話番号、FAX番号、ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ） | | 所属・氏名  ＜連絡先＞  　TEL　　　　　　　　FAX  ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ | |