



FAX06-6456-5252

第3回薬局ソリューションフェア 参加申込み

薬局名

電話番号

FAX番号

住所 〒 -

参加希望の項目に○をお願い致します。

| 参加者氏名 | 副作用機序別分類 セミナー | 医療事務 セミナー | 展示会のみ |
|-------|------------------|--------------|-------|
| 代表者氏名 | | | |
| 氏名① | | | |
| 氏名② | | | |
| 氏名③ | | | |
| 氏名④ | | | |

申込完了しましたらFAXにてご返信致します。 ※FAX番号の記載をお願い致します。

ご意見・その他（参加者4名以上の場合はこちらにご記入ください）

12月9日までに必着。 受講票などはございません。