

FAX 送信 03-3815-1762 E-mail: clinphar@jade.dti.ne.jp

(日本臨床薬理学会事務局 行)

第 24 回 臨床薬理学講習会(2017 年度) 申込書

(事前申込締切日: 2017 年 11 月 20 日 (月))

申込日: 2017 年 月 日

申込者お名前:
ふりがな

該当に○印: () 会員: 会員番号 _____ () 非会員

ご所属 (部局名を含む):

ご連絡先 該当に○印: () 所属 () 自宅

ご連絡先住所: 〒

電 話:

F A X:

E-mail: (必須)

<あてはまるものを○で囲んでください>

資格: 医師・薬剤師・看護師・臨床検査技師・その他 ()

参加費ご送金日: (必須) 2017 年 月 日

* メールまたは FAX による申込書の受信と参加費納入の両方を確認した時点で申込が完了します。

送金控えが申込の証拠となりますので、必ず保管してください。

参加費: 事前申込 学会会員: 9,000 円、非会員: 18,000 円

送金先郵便振替口座: 口座番号 00150-4-89837 加入者名: 一般社団法人日本臨床薬理学会

* 事前申込をされた方には 11 月下旬頃までに、領収書付きの名札をお送りします。参加当日に受付で名札を示してテキストをお受け取りください。