

公益社団法人 福岡県製薬工業協会 行

FAX番号 0942-54-1643

平成30年度 医薬品承認申請実務担当者研修会申込書

(平成30年 月 日)

会社名	
住所	〒
電話番号	
FAX番号	
E-mail(代表者)	
参加者名	(代表)

* FAXで受講票を送信しますので必ずFAX番号を記載願います。

* 申込み期限 平成30年7月11日(水曜日)

<開催日・会場・申込期限等>

日時	平成30年7月20日(金)	13時00分から
場所	公益財団法人福岡県中小企業振興センター	2F 202会議室
	福岡市博多区吉塚本町9番15号	TEL 092-622-0011
定員	100名	
申込期限	平成30年7月11日(水)まで(定員になり次第、締め切らせていただきます。)	