

令和5年度医薬品等薬事講習会
〔旧医薬品承認申請実務担当者研修会〕申込書

令和 年 月 日

公益社団法人 福岡県製薬工業協会 行

勤務先名 (必須)	
勤務先住所 (必須)	〒
勤務先電話番号 (必須)	
勤務先FAX番号 (必須)	
連絡携帯電話番号(代表者) (必須)	
メールアドレス(代表者) (必須)	
参加者名 (必須)	【代 表】 (フリガナ) (氏 名)
	(フリガナ) (氏 名)
	(フリガナ) (氏 名)
	(フリガナ) (氏 名)

*** 受講票については、概ね研修日の1週間前に申込書に記載された勤務先に代表者様あてメール又はFAXにて送付します。**

*** 申込み期限 令和5年11月16日(木)**

<開催日・会場・申込期限等>

日時	令和5年11月30日(木) 13時15分~16時35分(受付:12時30分~)
場所	福岡県中小企業振興センター 5階 501会議室 〒812-0046 福岡市博多区吉塚本町9-15 TEL 092-622-0011
定員	50名
申込期限	令和5年11月16日(木) ※定員になり次第、締め切らせていただきます。
会費	会 員 2,000円(1名様は無料、2名様より徴収) 会 員 外 4,000円 (当日受付にてお支払いください。)

※申込み期限以降の申込みキャンセルや人数変更のないようにお願いいたします。