令和８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８年１１月１３日（金）

＜開催日・会場・申込期限等＞

日　　時　　令和８年１１月２７日(金)　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８年１１月１３日（金）　※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名様から徴収）
　　会員外　４，０００円
　　（当日受付にてお支払いください。）

※　申込み期限以降のキャンセルや人数変更のないようにお願いいたします。