

令和1年度 医薬品承認申請実務担当者研修会申込書

(令和1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】 (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FAX番号に送付しますので、必ずFAX番号を御記入ください。

\* 申込み期限 令和1年7月3日(水曜日)

<開催日・会場・申込期限等>

日時	令和1年7月12日(金) 13時00分から
場所	都久志会館 4階 401~404号会議室 福岡市中央区天神4-8-10 TEL 092-741-3335
定員	100名
申込期限	令和1年7月3日(水)まで(定員になり次第、締め切らせていただきます。)