

令和2年度 医薬品承認申請実務担当者研修会申込書

(令和2年 月 日)

会社名 (必須)	
住所 (必須)	〒
会社電話番号 (必須)	
FAX番号 (必須)	
代表者連絡携帯電話番号 (必須)	
E-mail(代表者) (必須)	
参加者名 (必須)	<b>【代表】</b> (フリガナ) (氏名)
	(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2年7月7日(火曜日)

<開催日・会場・申込期限等>

日時	令和2年7月16日(木) 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2年7月7日(火)まで(定員になり次第、締め切らせていただきます。)