

| | | |
|-------------------|---|---|
| ・氏名 | | |
| ・性別 | 男 | 女 |
| ・住所 | | |
| ・電話番号 | | |
| ・FAX番号 | | |
| ・メールアドレス | | |
| ・年齢 | | |
| ・職業 | | |
| ・貴社名または団体名 | | |
| ・登録販売者登録番号(業者の場合) | | |

* 当日持参するもの: 筆記用具、顔写真2枚

一般社団法人東京都医薬品配置協会

住所: 東京都台東区下谷1-13-10 苗木ビル301

TEL・FAX共通 : 03-5830-7131