

**第 15 期（令和 3 年度）製薬技術研修会  
通年受講申込書**

下記のとおり製薬技術研修会の受講を申し込みます。

申込日 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

企業名 \_\_\_\_\_

参加区分（いずれかに○）	
1. Web 参加（1 ユーザー）	（1 社につき <u>15,000 円</u> ／年）
2. 会場参加（1 名）	（1 社につき <u>15,000 円</u> ／年）
3. Web 参加（1～複数ユーザー）＋会場参加（1 名）	（1 社につき <u>30,000 円</u> ／年）
研修資料連絡先	
所在地	〒 _____ ー _____
責任者	部署 _____
	氏名 _____
メールアドレス ※複数ユーザー分を 申し込む場合は 必要分をご記入 ください。	_____
TEL	_____
FAX	_____

申込先：（一社）奈良県薬剤師会（FAX:0744-22-2739）

締 切：令和 3 年 3 月 31 日（水）