「星薬科大学認定薬剤師研修手帳」申込書

フ リ ガ ナ	
申 込 者 氏 名	
申 込 冊 数	冊
振 込 金 額	手帳代金　　円 送　料　　円 合計　　円
振 込 予 定 日	年　　月　　日
送 付 先 （勤務先の場合はその名称も）	〒 TEL： FAX：
メールアドレス	@

【申込み先】

星薬科大学　薬剤師生涯学習支援室
〒142-8501　東京都品川区荏原２－４－４１
TEL/FAX 03(5498)5863
e-mail: shougaikyouiku@hoshi.ac.jp