

## 第57回東海薬剤師学術大会 事前参加登録用フォーマット【印刷用】

申込日	
チケット名	<input type="checkbox"/> ①事前参加登録（昼食弁当予約あり） <input type="checkbox"/> ②事前参加登録（昼食弁当予約なし）
枚数	1
参加者氏名（スペース無し）	
参加者氏名（全角フリガナ）	
メールアドレスを正確に入力ください	
薬剤師名簿登録番号 （薬剤師以外の方は0を入力してください）	
参加証・プログラム等の発送先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> ご自宅
発送先：郵便番号	
発送先：住所	
発送先：住所2（勤務先名）	
発送先の電話番号	
参加者の携帯番号（任意）	
企業協賛セミナーへの参加区分 （定員：200名）	<input type="checkbox"/> セミナーA <input type="checkbox"/> セミナーB <input type="checkbox"/> セミナーC <input type="checkbox"/> 参加しない
連絡事項	

返信：0577-57-5026（事務局）