

## 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）<br><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<br>（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<br><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<br>（定員：200名）       | <input type="checkbox"/> セミナーA<br><input type="checkbox"/> セミナーB<br><input type="checkbox"/> セミナーC<br><input type="checkbox"/> 参加しない |
| 連絡事項                              |  |

返信：0577-57-5026（事務局）