

# 聴講申込書

申込日： 年 月 日

私は、 年 月 日・ 年 月 日の日中医薬研究会関西支部例会の  
聴講を申し込みます。

ふりがな			生年月日
氏名			年 月 日生まれ 歳
住所	電話番号	FAX 番号	
〒	( ) —	( ) —	
	携帯番号	Mail アドレス	
ご職業	勤務先又は学校名		
	会社名 (学校名及び専攻)		電話番号
			( ) —
	会社住所 (学校住所)		FAX 番号
	〒		( ) —
聴講理由 (参加の動機等)			
* 現役学生の方は、勤務先欄に学校名・専攻及び学校住所を記入して下さい。 *			
<b>*聴講は1例会(2日間)のみとさせていただきます*</b>			
申 込 先：日中医薬研究会関西支部事務局 三重県名張市榊町 1404-1 田中余以徳齋薬局 田中英樹 まで Tel:0595-63-0238 FAX:0595-63-0268			
聴講場所：日中医薬研究所 京都市下京区塩小路町 524-1			