

# RecNet Fukuoka 講習会申込み

年 月 日 記入

1. 貴施設名(病院・研究機関・学部名などをご記入ください)

\_\_\_\_\_

2. 委員会名

\_\_\_\_\_

3. 申込み担当者名

\_\_\_\_\_

4. 申込み担当者名フリガナ

\_\_\_\_\_

5. 電 話

\_\_\_\_\_

6. F A X

\_\_\_\_\_

7. E-mail

\_\_\_\_\_

8. 参加者

氏名 1 \_\_\_\_\_

フリガナ \_\_\_\_\_

医学・薬学の専門家委員      それ以外の委員      事務担当者

氏名 2 \_\_\_\_\_

フリガナ \_\_\_\_\_

医学・薬学の専門家委員      それ以外の委員      事務担当者

氏名 3 \_\_\_\_\_

フリガナ \_\_\_\_\_

医学・薬学の専門家委員      それ以外の委員      事務担当者

氏名 4 \_\_\_\_\_

フリガナ \_\_\_\_\_

医学・薬学の専門家委員      それ以外の委員      事務担当者

氏名 5 \_\_\_\_\_

フリガナ \_\_\_\_\_

医学・薬学の専門家委員      それ以外の委員      事務担当者

5名以上の場合は備考欄にご記入下さい。

9. 備考欄    ご質問などありましたらご記入ください。

\_\_\_\_\_

[ お問合せ先 ]

九州大学大学院 医学研究院 臨床薬理学分野 笹栗俊之

〒812-8582 福岡市東区馬出 3-1-1 TEL:092-642-6082 FAX:092-642-6084