

平成 29 年度医薬品・化粧品等品質管理研修会申込書

申込先 FAX : (054) 247-8598

TEL : (054) 247-8595

宛先 一般財団法人静岡県生活科学検査センター 医薬品検査課

勤 務 先	
住 所	〒
所 属 ・ 役 職	
氏 名	
T E L	
F A X	

※複数参加ご希望がある場合、御手数ですがこの用紙をコピーしてご使用ください。

日 時 平成 29 年 10 月 13 日 (金) 13:30~16:15 (13:00 より受付開始)

会 場 静岡音楽館 A O I 7 階 講堂

住 所 〒420-8691 静岡県静岡市葵区黒金町 1 番地の 9
T E L (054) 251-2200

下記のナンバーにて、受付をさせて頂きました。
ご来場の際にはこの返信された F A X をご持参ください。

受付番号

--