

第34回日本医療薬学会年会
登録区分証明書

第34回日本医療薬学会年会 参加登録デスク 宛

E-mail: 34jsphcs-reg@jtbcom.co.jp

「学生」の参加区分で参加登録をされる方は、下記に必要事項を記入し、学生証のコピーを貼り付けの上、参加登録デスクまでE-mail添付にてお送りください。

登録者記入欄	
氏名	
所属	
電話番号	
FAX番号	
E-mail	
申込番号	※申込番号は、参加登録の際のメールに記載されています。

学生証のコピーを
貼り付けてください

【個人情報の取り扱いについて】

本会の参加登録の際にお預かりいたしました内容は、本会運営準備に関する目的以外では使用いたしません。
また、ご登録いただいた個人情報は、必要なセキュリティ対策を講じ、厳重に管理いたします。

<お問合せ先>

第34回日本医療薬学会年会 参加登録デスク

JTBコミュニケーションデザイン 事業共創部 コンベンション第二営業局内

E-mail: 34jsphcs-reg@jtbcom.co.jp

<受付時間：平日10：00～17：00 休：土・日・祝>

<事務局使用欄>

受付日

受付番号