

別紙様式

東京都福祉保健局健康安全部薬務課監視指導担当 宛

(FAX : 03-5388-1434)

平成30年度医薬品等広告講習会の申込み用紙

(※ 御参加は東京都内の団体・事業者に限ります。)

会社名 _____

所在地 東京都 _____

参加者氏名 _____

電話 _____

所属団体名 _____