

(一社)日本保険薬局協会 関西ブロック研修会

第 62 回関西服薬懇話会 FAX申込書(非会員用)

御社名	
御所属・御役職	
氏名(フリガナ)	
薬剤師免許番号	
連絡先住所 ※1 勤務先 / 自宅	〒
TEL・FAX	
メールアドレス	
研修単位シール	要 / 不要 ※どちらかに○を付けてください。

◎ 連絡先住所に後日シールを送付します。間違いのないようご記入ください。(※1)確実に届くように勤務先か自宅か選び、どちらかに○を付けてください。一旦発送したシールは、いかなる理由でも再送はしません。

◎メールアドレスが不鮮明で読み取れない場合等、確認の連絡が必要な場合があります。必ず日中連絡のつく電話番号を記入してください。申込内容に不備があり、かつ連絡が取れない場合は受付できません。

◎ 申込は 5 月 31 日(月)正午迄に日本保険薬局協会事務局まで FAX(03-3243-1076)にてお申し込み下さい。参加費は事前振込です。受付後メールにて振込にお使いいただく番号と振込先をお知らせしますので、期日までにお振込みください。入金確認後、研修会 URL を別メールにてご案内いたします。

◎ 薬剤師免許番号が不明な場合は、研修受講シールを送付できませんので、記入漏れのないようにお気をつけください。

◎ 氏名の欄にカタカナのみで記載をする方がいますが、漢字とフリガナの両方をご記入ください。

◎研修会中にキーワードをいくつか提示します。単位シールを希望する方は、それらすべてを研修会当日の 24 時まで指定のアドレスまでメールにて報告してください。メールフォーマットは申込受付後のメールに記載します。

◎研修単位シールは希望者にのみ、配布します。不要な場合は上記単位シール欄の「不要」に○を付けてください。