

地域連携薬剤師研修 お申し込み方法 [クレジットカード決済]

◇仮登録

下記URLより仮登録をしてください。

申込URL：<https://secure.nippon-pa.org/renkei/>

The screenshot shows a web page titled "地域連携薬剤師研修お申込み" (Regional Pharmacist Training Course Application). Below the title is the sub-header "メールアドレス仮登録" (Email Address Temporary Registration). The main content area contains the following text:

お申込みにあたって、まずはメールアドレスの仮登録が必要です。
ご入力頂いたメールアドレス宛に、研修受講申込フォームのURLを通知いたします。
仮登録のメールから、研修受講申込フォームへお進み下さい。
迷惑メール設定などで受信制限をされている方は「nippon-pa.org」を受信出来るよう設定してください。

Below the text are two input fields for email addresses:

メールアドレス

(確認用)

At the bottom of the form is a green button labeled "送信" (Send).

※e-ラーニングのID、パスワード等お送りをするアドレスになりますので、個人様のメールアドレスにてお申し込みください。
1つのメールアドレスにつき、1名様のご登録になります。

◆仮登録でご入力頂いたメールアドレス宛に、研修受講申込フォームのURLを通知いたしますので
下記の ◇**本登録申込** に従って詳細情報を入力し、登録を完了してください。

◇本登録申込

◆申込み画面に沿って必須項目を入力してください。

地域連携薬剤師研修お申込み

お申込み情報ご入力後に決済ページへ進みます。
お手元にクレジットカード情報をご用意の上、お手続きください。
クレジットカード決済後の返金は致しかねますので、ご確認の上お申込をお願い致します。

氏名	必須	<input type="text"/> ※姓と名の間に全角スペースを入れてください 修了証発行時に旧字体で氏名の記載をご希望される方は、ご登録完了後に事務局までメールにてご連絡ください
フリガナ	必須	<input type="text"/> ※全角カタカナでご入力ください
生年月日	必須	↓選択 ↓年 ↓選択 ↓月 ↓選択 ↓日
性別	必須	<input type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性
自宅住所 郵便番号	必須	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> ※半角でご入力ください
都道府県	必須	<input type="text"/>
市区町村	必須	<input type="text"/>
番地等	必須	<input type="text"/>
建物名等		<input type="text"/> ※英数字は半角でご入力ください
電話番号	必須	<input type="text"/> ※ハイフンなしでご入力下さい
勤務先薬局名	必須	<input type="text"/> ※本社勤務の場合は会社名を記入して下さい ※現在勤務していない方は空欄でおすすめください

◆メールアドレスを確認し、パスワードを設定ください。

仮登録時にご入力いただいたメールアドレスは、
このサイトのマイページ用ログインIDとして使用します。
マイページ用のログインパスワードを設定してください。

メールアドレス	<input type="text"/>
パスワード	<input type="password"/>
	<input type="password"/> (確認用)

※英数字含む6文字以上

◆地域連携薬剤師研修の実施要領を確認の上、内容同意にチェック後、確認ボタンをクリックして確認を行ってください。

地域連携薬剤師研修に係る研修実施要領

プライバシーポリシー

- ・日本保険業協会(以下当協会)は、本人から個人情報を収集する場合、収集目的を明らかにし、同意を求めるものとする。また、収集目的以外に利用することはない。本人の同意なく第三者に個人情報を提供することはない。
- ・当協会は、個人情報への不正アクセス、個人情報の紛失、破壊、改ざん、及び漏えい等を予防するため、合理的な安全対策を講じるとともに必要な是正処置を講じる。
- ・当協会は、個人情報の保護に関する法律や関連法規、及びその他の規範を遵守する。
- ・当協会は、個人情報の取り扱いについて法律や環境の変化あるいは組織の変化に応じて、コンプライア

地域連携薬剤師研修に係る研修実施要領を確認の上、内容について同意する

確認

◆ご記入内容を確認後、[登録する]を押して登録完了となります。

地域連携薬剤師研修お申込み

支払金額

2,200円(税込)

氏名

フリガナ

生年月日

性別

自宅住所

電話番号

勤務先薬局名

勤務先薬局所在地

会社(法人)名

会社住所

会社電話番号

決済ページへ進む

戻る

登録管理料として、
1名につき2,200円（税込）いただいております。

◇決済ページ画面

※ご本人様以外のクレジットカード名義でも問題ございません。

①金額を確認しお支払方法 クレジットカードを選択、進む をクリック

地域連携薬剤師研修 支払方法選択

お支払方法の選択 > 必要事項を記入 > お支払手続き完了

お支払する方法をお選びになり、お進みください。

ご利用内容

お品代	2,000円
税送料	200円
お支払合計	2,200円

お支払方法をお選びください。

クレジットカード

進む

ブラウザの戻るボタンや別タブで開いた場合、重複購入になる場合があります。ご注意ください
(iPhoneの場合2本指タップでも別タブになる場合があります)

<< キャンセルして戻る

②クレジットカード決済の必要事項をご記入ください。
ご記入内容を確認後、決済する をクリック

地域連携薬剤師研修 お支払手続き

必要事項を記入 > お支払手続き完了

クレジットカード決済の必要事項をご記入ください。

お支払い方法

カード番号
ハイフン無しで、数字のみご記入ください。

カード有効期限 月 年

セキュリティコード

決済する

ご利用内容

お品代	2,000円
税送料	200円
お支払合計	2,200円

ブラウザの戻るボタンや別タブで開いた場合、重複購入になる場合があります。ご注意ください
(iPhoneの場合2本指タップでも別タブになる場合があります)

<< キャンセルして戻る

◆ご登録完了

ご登録メールアドレスにNPhA地域連携薬剤師研修 受講確認通知（確認メール）が自動で送られます。

こちらの案内に沿って受講を進めてください。

万一届いていない場合は、「迷惑メール」フォルダをご確認ください。