

オンライン診療に伴う緊急避妊薬の調剤に関する研修会 申込書

<関係団体／非会員用>

下記に必要事項をご記入の上、ファクシミリにてお申し込みください。

尚、参加料及び資料代として5,000円を当日申し受けますので予めご承知おきください。

申込日	令和3年 月 日
申込区分 ○を付すこと	(本事業に賛同し緊急避妊薬の調剤にご協力いただける薬剤師) 1 日本保険薬局協会 会員 2 日本チェーンドラッグストア協会 会員 3 日本女性薬剤師会 会員 4 その他の団体・個人
ふりがな	
氏名	
薬剤師 名簿登録番号	
勤務先名称	
勤務先所在地	(〒)
勤務先電話番号	
勤務先FAX番号	
開局時間	例) 月~金8:00~17:00 土8:00~13:00
時間外対応の有無	有 無 (いずれかに○印)
時間外の電話番号 ※時間外対応 「有」の場合	
昨年度受講	有 無 (いずれかに○印)

申込期限：令和3年10月1日（金）

返信先ファックス番号：055-254-3401

※ ご記入いただきました個人情報は、当該研修会の実施の目的でのみ、当会及び研修実施機関において使用いたします。