「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」

受講申込書

申込日　令和　　年　　月　　日

静岡県薬剤師会　御中

【オンライン診療に伴う緊急避妊薬の調剤を行う予定の薬局】

※　該当する項目の□をクリックしてください。数字は半角で記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 薬局名 |  |
| 郵便番号 |  |
| 薬局所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| 開局時間 |  |
| 時間外対応の有無 | [ ]  　　有　　　・　　　[ ]  　　無 |
| 時間外の電話番号 | ※上記が「有」の場合に記載　 |

【受講申込者】

※　該当する項目の□をクリックしてください。数字は半角で記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 所属区分 | [ ] 　１　静岡県薬剤師会会員（所属　　　　　薬剤師会）[ ]  ２　日本保険薬局協会会員[ ] 　３　日本チェーンドラッグストア協会会員[ ] 　４　日本女性薬剤師会会員[ ] 　５　その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| （ふりがな）申込者氏名 | （　　　　　　　　　　　　　　　） | 性　　別 |
| 　 | [ ]  男　・　[ ]  女 |
| 薬剤師名簿登録番号 |  |
| E-ｍａilアドレス | 本研修会に係る連絡を受信するメールアドレスを記載してください。@ |

※１　受講の可否は、申込締切日以降、メールにて連絡いたします。

※２　ご提供いただいたメールアドレスは本研修以外の目的では使用しません。

※３　欠席される場合は、県薬事務局までご連絡ください。