（別紙2）

申込先Ｅ-mail　:　 syokunou@shizuyaku.or.jp　（Word形式にて添付）

「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。

※４　<Zoomウェビナーを利用したリアルタイムWEB配信　注意事項>に同意の上、お申込みください。

<Zoomウェビナーを利用したリアルタイムWEB配信　注意事項>

* ウエブ利用研修受講者は、「参加時間（ログイン・ログアウトの時刻）」及び「本研修会終了後の報告いただいたアンケート回答」を確認したうえで受講とみなします。下記の（１）～（５）の一つでも該当する場合、受講したとみなしませんので、予めご了承願います。
1. 事前申込みされた方以外が視聴された場合
2. 遅刻、途中退出された場合（通信環境の都合による通信切断等の事態も含む）（ウエブ利用研修の受講状況は常時記録（参加時刻・退出時刻・接続時間等）しております。）
3. 受講申込時と実際の視聴時に登録する氏名、メールアドレス等に相違があった場合
4. 指定した時間（受講当日の24時）内にアンケート回答されなかった場合
5. 不正受講を行った場合
* 機器や回線の不具合等により受講できなかった場合でも対応いたしかねますので、予めご了承願います。
* 研修会の録音・録画は禁止とさせて頂きます。