（一社）日本保険薬局協会　関西ブロック研修会

**第2回EBM研修会　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 | 要　　／　　不要　　※どちらかに〇を付けてください。 |

◎研修単位は日本薬剤師研修センターのPECS上での交付になります。単位付与に関しては日本薬剤師研修センターの要件に基づき、視聴ログと当日のキーワードの報告を照合し、付与します。

◎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11月17日（金）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、研修単位を交付できませんので、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。単位を希望する方は、それらすべてを研修会当日の24時までに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。

◎研修単位は希望者にのみ、付与します。不要な場合は上記単位欄の「不要」に〇を付けてください。