（一社）日本保険薬局協会　関西ブロック研修会

**第64回関西服薬懇話会　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 |  |
| 研修単位シール | 　要　　／　　不要　　※どちらかに〇を付けてください。 |

◎ 連絡先住所に後日シールを送付します。間違いのないようご記入ください。（※1）確実に届くように勤務先か自宅か選び、どちらかに○を付けてください。一旦発送したシールは、いかなる理由でも再送はしません。

◎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10月20日（水）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、研修受講シールを送付できませんので、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。単位シールを希望する方は、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。

◎研修単位シールは希望者にのみ、配布します。不要な場合は上記単位シール欄の「不要」に〇を付けてください。