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（3月8日(日)開催）

1．会員区分 該当に○印をご記入下さい	会　員（　　薬剤師会）　・　会員外	
2．氏（ふり）名（がな） **＊「受講者氏名・性別」情報公開対象）**		男　・　女
3．生 年 月 日 **＊「受講者生年月日」情報公開対象）**	年　　月　　日	
4．調剤応需可能薬局名（受講者勤務先） **＊「薬局名・所在地・電話・FAX」情報公開対象**	［薬局名称］ ［薬局住所］　〒 電話　　FAX	
	［調剤応需薬局として薬局名等の情報公開について開設者の同意］ あり　・　なし **※開設者の同意がない場合は受講いただけません。**	
5．研修修了者名簿への情報記載・公開について	研修修了者名簿への上記情報記載・関係先への公開に 同意する　・　同意しない **※同意がない場合は受講いただけません。**	

◎研修会当日のご案内を郵送またはFAXでご連絡する場合がありますのでご承知おき下さい。

受講票等送付先 （自宅の場合は自宅の住所・電話・FAXをご記入下さい。）	受講票送付先：　自　宅　勤務先	
	〒 TEL　　FAX	

◎申込締切：令和2年2月28日(金)

※締め切り前であっても、定員になり次第締切。
※原則先着順で受付けるが、各地域の体制構築の状況を勘案し調整の可能性あり。

申込書送付先：長野県薬剤師会事務局 fax 0263-34-0075