

下記のQRコードもしくはURLアドレスにて
Web参加のお申込みを承ります。(先着150名様)



https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=ObPdNNB_AE-QQcLkf7vJ9GH23O4sKfNLth0NPbyXG4dUOTZNTFEwQUVLUktKNjJOWFUzWEVSTDhLUS4u

FAXでのお申込みも可能です。FAX 089-968-6016

ご施設名	
お名前	
職種	
メールアドレス	
「愛媛県病院薬剤師会」または「愛媛県薬剤師会」の会員ですか？	() はい ※参加費は無料です () いいえ ※参加費として500円徴収させていただきます
取得する単位の種類	() 日病薬病院薬学認定薬剤師制度研修カリキュラム () 日本薬剤師研修センター () 必要なし
薬剤師免許証番号	
施設住所(単位シール郵送先) *原則所属施設への郵送になります。	〒 住所:

ご記入いただきました個人情報は、本講演会のご出席者の確認を目的に使用し、その他の第三者に提供することはありません。保管には適切な安全管理措置を講じ、使用目的達成後は速やかに廃棄いたします。
また、個人情報の保護に関する法律に基づく弊社の「大塚グループ個人情報保護方針」
(<https://www.otsukakj.jp/privacy/policy/>) に則り、安全且つ適切に管理いたします。

ご参加のお申し込みは**12月11日(金)**までご登録いただけます。

当日のご視聴方法

①講演会数日前にお送りするメールに記載の当日受付URLよりアクセスしてください。

②必要事項をご入力の上、送信いただきますと視聴用のURLが表示されます。

③視聴用URLよりアクセスし、講演会開始までお待ちください。

この講演会に関するお問合せは下記のQRコード、もしくはURLアドレスにて承ります。



https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=ObPdNNB_AE-QQcLkf7vJ9GH23O4sKfNLth0NPbyXG4dUQUJKSjVPVFo2R003UFdKWUhiWUk1V0RMMS4u