健康サポートのための多職種連携研修会参加申込書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １　受講者氏名 | | （ﾌﾘｶﾞﾅ） | | |
| 緊急連絡先（携帯番号） | | |
| ２　年齢/性別/区分  ※該当する箇所に○を付けてください。 | | 才 ／ （ 男 ・ 女 ） ／ （会員・非会員） | | |
| ３　薬剤師名簿登録番号 | |  | | |
| ４　勤務先薬局名 | |  | | |
| ℡ | | FAX |
| ５　受講者並びに薬局の状況  ※該当する箇所に○を付けてください。 | | | | |
|  | ①　薬局での勤務年数 |  | ５年以上 | |
|  | ５年未満（勤務年数　　　　年※）※ご記入ください。 | |
|  | ②　薬局の施設基準の届け出状況 |  | 「かかりつけ薬剤師指導料」を届出ている。 | |
|  | 「地域支援体制加算」を届出ている。 | |
| ６　新型コロナ感染拡大防止に係る注意事項  ※右の注意事項を確認し、了解される方は○を付けてください | |  | 【研修会参加にあたっての注意事項】  ・　当日の朝の検温で３７.５度以上の発熱がある場合及び、開催前７日間の間に風邪の症状（発熱、咳、鼻水等）があった場合並びに体調に不安がある場合は参加できません。  ・　研修中はマスク着用での受講になります。  ・　新型コロナウイルスの感染状況によって、急遽開催を中止する場合があるので、開催当日の朝に必ず県薬ホームページを確認してください。 | |

※この申込書に記載された個人情報は、当研修会以外には使用いたしません。

【注意事項】

・　申込書は１枚につき１名、当日参加される方の氏名をご記入ください。

・　原則お申込み後の欠席はできませんが、万一欠席される場合は、事前にご連絡ください。

**ＦＡＸ送信先　０２４－５４７－２３１３**