様式２**（イメージのため多少変更する可能性があります）**

研修会参加確認用紙\*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 開催日時 | 年 　月 　日　　 時 分～ 時 分 | | |
| 研修会名 |  | | |
| 所属施設 |  | | |
| 施設住所 | **宮城県病院薬剤師会会員施設以外の場合記載してください** | | |
| 氏　　名 |  | 薬剤師免許  番号（必須） |  |

**＊：本引換用紙は、研修会開始15分経過後は配布しません。**

**‐‐‐‐‐‐‐‐‐‐‐‐‐‐‐‐以下専門領域の研修会のみ‐‐‐‐‐‐‐‐‐‐‐‐‐‐‐‐‐**

**●専門領域の研修会において、専門領域の受講証が必要な方は、以下の□にチェックを入れ、受講証と引き換えください。**

　　□　以下の専門領域の受講証を希望します。

|  |  |
| --- | --- |
| 専門領域 | がん・感染制御・精神科・妊婦授乳婦・HIV感染症 |

キリトリ線

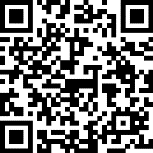
・日病薬病院薬学認定薬剤師制度の単位を希望する場合は以下のQRコードから必ず参加登録をしてください。

研修会の中で2回パスワードが表示されます。パスワードの入力も必須です。

・研修会終了後、本書式を受付に提出してください。本書式を基に研修会参加の承認をします。

・必要時、キリトリ線から切り取り、研修会参加登録用のQRコードをお持ち帰りください。

【参加登録フォーム】研修会名：●●●



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| キーワード1（メモ欄） |  | キーワード2  （メモ欄） |  |

https://demo-training.jshp-hopess.jp/training-party/456/register-attendance