

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		薬剤師登録 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、以下の口をチェックを入れ、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
------	--------------------------

・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。

----- キリトリ線 -----

【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>