

# スポーツファーマシスト リスト 登録用紙

どちらかに をつけてください。 新規登録 ・ 登録内容変更

登録内容変更の申請の方は、変更後表示しておきたい情報をすべて記載してください。

(変更前の情報は反映しません。)

ふりがな  
氏名 (必須)

## 通常の間合せ受付 連絡先

連絡先の名称 (必須) (薬局名、自宅など)			
市町村名 (必須)			
対応が可能な曜日と時間 (必須)			
曜日		時間	
連絡先	F A X 番号	どちらか	
	メールアドレス	必ず記入	
	電話番号	どちらか	
	携帯番号	必ず記入	

正確を期すため、間合せは原則記録の残るFAXかメールでの受付をお勧めします。メールアドレス手書きの場合：特に大文字小文字の違い、h、r、n、mなどわかりやすく記載してくださいますようお願いいたします。携帯メールを登録する場合は、迷惑メール防止設定をしていると問い合わせのメールを受信できないので、ご注意ください。)

## 上記で連絡がつかない場合の連絡先 (希望者のみ)

(この欄は、曜日によって勤務地が違う場合や、勤務先に加えて休日も自宅で間合せを受け付けてもいいというような場合にご記入ください。対応が可能な日時( で連絡がつかないときはいつでも に連絡していいのか、休日のみの対応なのか等)も記載してください。)

連絡先の名称 (薬局名、自宅など)			
対応が可能な曜日と時間			
曜日		時間	
連絡先	F A X 番号	どちらか	
	メールアドレス	を記入	
	電話番号	どちらか	
	携帯番号	を記入	

送信先 山形県薬剤師会薬事情報センターFAX 023-625-3970 mail:ypadi90@y-yaku.or.jp

なお、この用紙は県薬ホームページからダウンロードできます。集めた情報は、スポーツファーマシストにかかわる事業以外には使用いたしません。登録申請から数日ほどたちましたら、ホームページに掲載されているスポファリスト登録情報に間違いがないかご確認をお願いいたします。情報の修正、変更点は薬事情報センターへご連絡ください。随時修正いたします。