別紙

申込用紙

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 項目 | 記入欄 |
| 1 | 保険薬局名  複数の店舗がある場合は(　)に店舗名 | 薬局　（　　　　　　店） |
| 2 | 参加者氏名 |  |
| 3 | メールアドレス |  |
| 4 | 当センター患者の「特定薬剤管理指導加算2」について  該当するものにチェックして下さい。 | □ 算定している。  □ 算定する予定がある。  □ 該当患者が来れば算定する。  □ 算定しない。 |
| 5 | 当センター 院外処方せんについて  該当するものにチェックして下さい。 | □ 当センターからの院外処方の患者を受けている。  □ 現在、該当患者はいない。 |
| 6 | 参加証明書の発行について | □ 希望する  □ 希望しない |
| 7 | その他  　ご意見、質問等があれば記載して下さい。 |  |