地域活動強化システム アカウント申請書

申込日　　令和　　年　　月　　日

アカウント種別 〇で囲んでください	１．市町村　　２．職能団体　　３．その他の団体 ４．薬局　　５．医療機関（薬剤部） ６．薬剤師（　ア 高知県薬剤師会会員　・　イ 高知県薬剤師会非会員　）		
アカウント種別　１～５			
フリガナ		フリガナ	
名称 （法人・団体名）		部署名	
郵便番号	ー		
住所			
連絡先	ＴＥＬ： ＦＡＸ：	担当者名	
メールアドレス			
アカウント種別　６【個人アカウント】			
フリガナ		フリガナ	
勤務先		店舗・部署名	
フリガナ			
名前			
郵便番号	ー		
住所			
連絡先	ＴＥＬ： ＦＡＸ：		
メールアドレス			

・ご記入いただいた情報は「地域活動強化システム」に関する情報提供以外には使用しません。
・本システムには個人情報や著作権を侵害するもの、反社会的な内容は登録しないで下さい。
・地域活動の実績（日時、場所、内容等。参加者個人に関する情報は除く）は高知県薬剤師会ホームページ等に掲載することがあります。

☐ 上記の内容に同意します。（左の☐をチェックしてください）

＜地域活動強化システムに関するお問い合わせ先＞
公益社団法人高知県薬剤師会
〒780-0850
高知県高知市丸ノ内1丁目7-45　総合あんしんセンター2F
TEL：088-873-6429　FAX：088-822-8734
E-mail：contact@kochi-kenyaku.or.jp