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 | 専門医療機関関連連携薬局の標榜について該当するものにチェックして下さい。 | □ 標榜予定である（している）。□ 標榜を目指している。□ できれば標榜したいが現時点では検討していない。□ 将来的にも標榜は考えていない。□ その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 7 | 参加証明書の発行について | □ 希望する□ 希望しない |
| 8 | その他　ご意見、質問等があれば記載して下さい。 |  |