

# 2019年後期 登録販売者集合研修受講申込書

■必ず該当期の申込書をご使用下さい。

できるだけ申込エントリーフォーム(<http://www.nittokyo.jp/kensyu/schedule.html>)からお申込み下さい。

氏名	フリガナ	日登協A会員に入会希望の有無を右記欄に○を記入して下さい。 入会月は年会費のご入金日より、変わります。 ※受講月より早く入会希望の方はご連絡下さい。		入会する	入会しない
会社名	フリガナ	登録都道府県			
		従事登録番号 (**-*-****)			
店舗名	【記入例】〇〇薬局 〇〇店	店舗所在都道府県	※必ずご記入ください		行政への報告項目となります。 必ずご記入下さい。
(受講票等)送付先の住所	フリガナ ※店舗に送付希望の場合は必ず店舗名もご記入下さい 〒				
希望連絡先	TEL <input type="checkbox"/> 店舗 <input type="checkbox"/> 自宅	FAX <input type="checkbox"/> 店舗 <input type="checkbox"/> 自宅			
	PCメールアドレス (携帯アドレスはNG)	※判別しにくい文字はフリガナをご記入ください(例)I→エル、i→アイ @			
申込み開催	都道府県:	開催日:	会場:		
振込金額 ★の項目は、任意です。希望の有無を○×で記入して下さい。	内容		日登協に入会する方 (A会員のみ)	日登協に入会しない方、 またはB会員の方	
	集合研修受講申込 (入会希望の方は年会費が含まれます。)		3400円※2	2200円	
	★	通信研修を郵送にて受講希望 (PCでの受講(エラーニング)は、無料です 通信受講終了迄に最低3ヶ月が必要です)	希望 希望する場合 1850円	日登協に入会していない方、 またはB会員の方は、通信研修を 受講することはできません。	
	★	会場案内・受講票の郵送希望 (郵送希望しない場合、PCアドレスへ送付の為 上記のPCアドレスの記入が必要です)	希望 希望する場合 300円		
	小計A (金額をご記入下さい)		円	円	
※2 日登協年会費(2400円)込の金額です。日登協A会員の集合研修オープン研修参加費用は、1000円です。					
●賠償責任保険は日登協正会員のみ、お申込みできます。詳細については日登協HPをご参照下さい。					
内容		申込	金額		
賠償責任 登録販売者	B3型(医薬品等危険:2,000万円)		(年間保険料)	1,000円	
	B2型(医薬品等危険:3,000万円)		(年間保険料)	1,500円	
	B1型(医薬品等危険:1億円)		(年間保険料)	2,000円	
施設 設置 型 保険	A3型(施設危険 身体賠償2,000万円)		(年間保険料)	1,600円	
	A2型(施設危険 身体賠償3,000万円)		(年間保険料)	2,400円	
	A1型(施設危険 身体賠償3,000万円)		(年間保険料)	2,900円	
小計B				円	
振込金額合計(小計A+小計B)				円	
※受講票の送付は、開催日10日前より発送致しますので、開催日2週間前 までに入金手続きをお願い致します。 ※開催間近でのご入金の場合は、入金日(予定日)を備考欄に記入いただくか、振込明細をFAXして下さい。 ※お申込書提出後にキャンセルの場合は、必ずご連絡下さい(未入金の場合でも自動的にキャンセルにはなりません)。					
振込口座	※ご本人以外のお名前(ご家族の方のお名前や、会社名など)で入金された場合は、ご連絡下さい。				
いずれかにお振込下さい	<input type="checkbox"/> みずほ銀行 虎ノ門支店 普)2966997	日本医薬品登録販売者協会			
	<input type="checkbox"/> 郵便振替 口座番号00160-7-583229	ニホンイヤクヒントウロクハンバイシャキョウカイ			
	<input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行 〇一九店 当)0583229				
留意事項	◆申込書の受付状況を確認したい場合は、事務局までお問い合わせください。 ◆受講料ご入金済みの方で、開催の1週間前迄に(メール又は、郵送にて)受講票、受講案内が届かない場合は、誠に恐れ入りますが、日登協事務局(045-470-6640)までご連絡下さい。				
個人情報について	※個人情報につきましては、日本医薬品登録販売者協会が厳重な管理体制の元で保管いたします。 ※企業申込の方は、登録の内容について企業担当者に連絡する場合がございます。 ※行政の求めにより、各自治体に参加者リストを送付しますので、店舗所在地の都道府県名を必ずご記入下さい。 店舗が移動になった場合は、ご連絡下さい。				

2020年1~6月  
に加入の場合、  
保険料は  
早期分(半額)  
となります

※振込手数料はご負担下さい

HP/2019.08

一般社団法人 日本医薬品登録販売者協会 <http://www.nittokyo.jp> E-mail [kenshu-n@nittokyo.jp](mailto:kenshu-n@nittokyo.jp)  
横浜事務処理センター 〒222-0033 神奈川県横浜市港北区新横浜2-5-10 楓第二ビル4階 TEL.045-470-6640 FAX.045-474-4709

お申し込みの際は、メールまたは本ページをコピーして、FAXまたは郵送にてお申し込みください。

■事務局使用欄 (記入しないでください)■

受け付け確認

受付番号

--	--