

日登協の登録販売者は「所属組織」欄に下記の通り、
「日登協及び所属先企業名」を入力して下さい。

よくあるご質問

運営会社

お問合せ

簡易記事検索



ご入会ご希望 申請フォーム

月額費用等を、担当者よりご連絡させていただきます。

(※) 必須

| | |
|------------------|---|
| お名前 (※) | <input type="text"/> |
| ふりがな (※) | <input type="text"/> |
| 所属組織 | <input type="text"/> |
| 医療職種資格 | <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 |
| Email (※) | <input type="text"/> |
| ご希望のID (※) | <input type="text"/> 半角英数字、4文字以上で入力してください |
| ご希望のPassword (※) | <input type="text"/> 半角英数字、8-15文字で入力してください |
| お電話番号 (※) | <input type="text"/> |
| 郵便番号 | <input type="text"/> |

日登協、〇〇ドラッグストア