

2024年度 会員継続・保険継続・新規加入のご案内

【手続方法】QRコードから、もしくは本用紙を郵送またはFAXで返信して下さい

返信・振込締切:

4月26日(金)

【注意】 保険に加入する場合は上記期日ではなく毎月15日締切、翌月1日からの加入となります。詳細は保険のご案内をご参照ください。

【継続・研修申込フォームはこちら】



【FAX返信先】
FAX:045-474-4709

〒 111-1111

神奈川県横浜市港北区新横浜2-5-10楓
第2ビル4階

テスト 様

正会員番号 398765

振込名の前に3から始まる正会員番号の入力をお願いします

1. 申込内容と必要金額を記入して下さい。*本用紙の返信を以って、個人情報の取り扱いに同意したものとみなします。

①会員継続について、どちらかに印を付けて、必要金額を記入して下さい。

<input type="checkbox"/>	継続(年会費2,400円)	<input type="checkbox"/>	退会	必要金額	<input type="text"/>	円
--------------------------	---------------	--------------------------	----	------	----------------------	---

②研修について、希望受講方法に印を付けて、必要金額を記入して下さい。(研修内容の詳細は別紙参照)

<input type="checkbox"/>	eラーニング 1,000円 (テキストはネットで閲覧可能)	<input type="checkbox"/>	eラーニング+テキスト 2,100円 (受講料1,000円+テキスト冊子:1,100円)	<input type="checkbox"/>	修了証(印刷)1通 300円 (ダウンロードは無料)	必要金額	<input type="text"/>	円
--------------------------	----------------------------------	--------------------------	---	--------------------------	-------------------------------	------	----------------------	---

*2024年度より、郵送通信は廃止となりました。受講方法等、詳細につきましては、同封の研修の案内をご覧ください。
*諸経費の高騰により、テキスト代の金額を変更させて頂きました。

③保険に加入する方は、希望するタイプに○印を付けて必要金額を記入して下さい。(任意)
現在の、あなたの保険加入状況は _____ です。(保険の期間、補償内容については別紙参照)

<勤務者契約>	<input type="checkbox"/>	B1 (2,000円)	<input type="checkbox"/>	B2 (1,500円)	<input type="checkbox"/>	B3 (1,000円)	必要金額	<input type="text"/>	円
<店舗契約>	<input type="checkbox"/>	A1 (2,900円)	<input type="checkbox"/>	A2 (2,400円)	<input type="checkbox"/>	A3 (1,600円)		<input type="text"/>	円

・次期保険期間 2024年4月1日~2025年4月1日 16:00(1年間)

・期日までに申込及び入金の確認が取れない場合は、5月以降順次保険加入となります。(入金時期により加入月が異なります)

・保険の加入は、正会員であることが条件となります。退会の場合は加入できません。

④振込予定金額(①~③合計)を記入して下さい。

振込予定金額 円

【ご入金について】

請求書、振込依頼書は発行していません。恐れ入りますが、合計金額を下記口座にご入金下さい。

また、振込名の前に「カイヒホケン」または「カイヒケンシュウヒ」及び「3から始まる正会員番号(398765)」を入力下さい。(例:カイヒホケン 300001 ニットウタロウ)

- みずほ銀行 虎ノ門支店 (普通) 2966997
- 郵便振替 口座番号 00160-7-583229
- ゆうちょ銀行 ○一九店 (当座) 0583229

口座名はいずれも、
一般社団法人日本医薬品登録販売者協会
(シャ)ニホンイヤクヒントウロクハンバイシャキョウカイ

2. 現在の登録内容

あなたの登録内容は下記の通りです。変更がある場合は、修正して下さい

氏名	テスト	テスト	従事登録都道府県	神奈川県
メール	info-n@nittokhyo.jp		従事登録番号	14-00-00000
住所	〒 111-1111 神奈川県横浜市港北区新横浜2-5-10楓第2ビル4階			
TEL	045-470-6640		FAX	
所属企業	(株)日登協	所属店	日登協 横浜支店	()

一般社団法人 日本医薬品登録販売者協会 横浜事務処理センター