

平成 29 年 10 月吉日

一般社団法人 大阪府病院薬剤師会  
会員各位

東京オリンピック・パラリンピック競技大会での選手村総合診療所に  
おける薬剤業務への協力に関する予備調査について

謹啓 秋冷の候、時下ますますご盛栄のこととお喜び申し上げます。平素は本会の事業に格別のご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、

別紙記載のとおり、「東京オリンピック・パラリンピック競技大会での選手村総合診療所における薬剤業務への協力に関するボランティア薬剤師の調査について（依頼）」が日本病院薬剤師会からありました。

当会と致しましては、日病薬への回答を本会でまとめ、提出したいと考えております。ボランティア薬剤師に協力をしたいと希望し、日病薬への登録を希望される先生は、下記の参加登録票を印刷の上、必要事項を記載し大阪府病院薬剤師会事務所（FAX：06-6484-5439）まで FAX でお申し込み下さい。

※ご不明な点ございましたら、下記までお問い合わせ下さい。

総務部 勝浦正人（TEL：06-6879-6002、Mail：katsumst@hosp.med.osaka-u.ac.jp）

参加登録票 送信先： 一般社団法人 大阪府病院薬剤師会事務所  
FAX：06-6484-5439  
締切：平成 29 年 10 月 31 日（火） 厳守

支部： \_\_\_\_\_ 施設名 \_\_\_\_\_

TEL： \_\_\_\_\_ FAX： \_\_\_\_\_

（薬局長・薬剤部長・薬剤科長など）

推薦者 \_\_\_\_\_

（ふりがな）

ご氏名（参加者本人） \_\_\_\_\_

勤続年数 \_\_\_\_\_

年 \_\_\_\_\_

（薬剤師としての実務すべて合算年数）

（該当する項目を☑してください）

スポーツファーマシストの資格を有している。→（アンケートは以上です）

スポーツファーマシストの資格は無い。→（次に進む）

2018.4 までに認定予定 ，  2019.4 までに認定予定 ，  認定予定なし