

FAX または e-mail にて本書類を NPO 法人 HAP 宛てにお送りください

FAX : 03-3876-9084 e-mail : myanko@vividlady.com



## 薬剤師向け緊急避妊薬 (ECP) 服薬指導用資材キット購入申込書

このキットは、薬剤師のほか、医師、保健師、助産師、看護師などの医療関係者の方も購入できます。

HP 掲載を希望しない場合でも 上記に該当する場合は、自己研鑽のために購入できます。

薬局名 (施設名)		電話 番号	( )	—
e-mail アドレス		FAX 番号	( )	—
住所	〒			
管理薬剤師名 (施設管理者名)		担当薬 剤師名	*	

\* 薬剤師以外の方は担当薬剤師名の欄にお名前を記入し、下記に✓をおつけください。

医師  看護師  保健師  助産師  その他 ( )

購入希望セット数と合計金額をご記入ください (価格はすべて送料、税込みとなります)

	内容	価格	購入希望数	合計
①	CD-ROM と資材をいれるファイル (各自印刷してにセットする形態)	2,000 円	セット	円
②	CD-ROM+セット済みファイル (印刷済みのデータがファイルにセットされたものをお届けします)	3,500 円	セット	円
③	セット済みファイルのみ追加購入 (①か②をご購入された方のみ)	1,800 円	セット	円
④	書籍“女性の健康力”サポートブック 上記購入者特別価格にて提供	特別価格 2,000 円	冊	円
合計金額				円

下記はご記入いただかなくても購入は可能です。勤務先の薬局について記載下さい

1) 24 時間対応可能ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2) 健康サポート薬局ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3) かかりつけ薬剤師施設基準を満たしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4) 緊急避妊薬 (ECP) を扱う際、処方連携できる医師はいらっしゃいますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

振り込み領収書を添付してください  
(振り込み手数料は各自でご負担ください)

振込先：三菱 UFJ 銀行 築地支店 普通口座 1124015  
特定非営利活動法人ヘルシーエイジングプロジェクト  
ツフォーウイメン 理事長 宮原富士子  
振込先はキット購入方法にも記載しています