

重要・要回答

令和5年1月17日

保険薬局会員 各位

一般社団法人岩手県薬剤師会
会長 畑澤 博巳

薬局メールアドレスご提供のお願い

平素は、当会会務・事業に対しご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、当会ではこれまで、「研修会の案内」や「重要なお知らせ」等をFAX送信にて行っておりましたが、本年2月1日からは、各種団体等の動きと同様にEメールに変更し、より多くの情報を迅速にお知らせしたいと考えております。

つきましては、各薬局のメールアドレスをご提供いただきたくお願い申し上げます。

なお、ご回答方法は、①グーグルフォーム、②Eメール、③FAXいずれでも結構です。

何卒、ご理解、ご協力賜りますようお願い申し上げます。

【回答期限:1月25日(水)】

グーグルフォームでの回答は、下記URLまたはQRコードからお願いいたします。

<https://forms.gle/3TNK2cvpV8MkqSxt9>



【メールアドレス回答欄】

1. メールアドレス ※お間違えの無いようお願いいたします。	
2. 薬局名	
3. 薬局電話番号	
4. 薬局所在市町村	

お問合せ先
岩手県薬剤師会事務局
TEL 019-622-2467
FAX 019-653-2273
E-mail ipa1head@rose.ocn.ne.jp