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**](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