

## 「病院薬局講習会ページの ID・パスワード」について

「ID・パスワードを希望」をされる施設の薬局長より、申請ください

病院名・薬局名（店舗名含む）： \_\_\_\_\_

薬局長名： \_\_\_\_\_

連絡先 電話番号： \_\_\_\_\_

連絡先 FAX 番号： \_\_\_\_\_

連絡先 E-mail： \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

ID・パスワードの返信は、FAX、または E-mail とさせていただきます

どちらを希望しますか？                      FAX                      ・                      E-mail

北海道大学病院の病院薬局講習会について、ホームページを用いた資料閲覧に関して、下記運用に同意します。

1. 公開された資料は、開催日当日の内容であり、用いられている添付文書やガイドライン等についても同様である
2. 公開された資料は、上記施設内における勉強会やスキルアップのために使用し、外部への情報の配布、複製等の行為は固く禁じる
3. 閲覧には ID とパスワードを要し、ID とパスワードは同意した施設内でのみ使用を許可する
4. これら同意事項に反した場合、または運用に支障があると判断した場合には、許可なく同意を取り消す場合がある
5. 同意内容の変更については、必要時連絡を行う

以上

**FAX (011) 706-7616**

2018.05 版