

原本を「丸の内オフィス 東邦薬品(株)CS 営業部 業務管理チーム宛」に送付(FAX 不可)

## 健康運動アドバイザー お申込書

記入日	年 月 日	入会希望月	月	受付締日: 毎月 20 日 CS 営業部原本必着
-----	-------	-------	---	-----------------------------

例: 2015 年 7 月 15 日申請書到着→2015 年 8 月スタート(USER ID、PASSWORD は共創未来グループ月初第 4 営業日以内にメール配信されます)

申込者情報	ふりがな		性別	生年月日(西暦)
	ご氏名		男・女	/ /
	職種	薬剤師・栄養士・登録販売者・医療事務・その他( )		
	ふりがな			
	ご住所	(必須)〒	※都道府県からご記入ください。	
	T E L		※市外局番からご記入ください。	
メールアドレス (PCのみ)	※ログインIDとなりますので個人のPC用メールアドレスをご記入ください。			

貴社情報	いずれかに☑をつけてください。→	<input type="checkbox"/> ENIFclub 会員	<input type="checkbox"/> 薬局共創未来会員	<input type="checkbox"/> その他
	ふりがな			
	社名・店舗名			
	ふりがな			
	ご住所	(必須)〒	※都道府県からご記入ください。	
T E L		F A X		

注1: メールアドレス 記入例 ※間違いやすいアルファベット・数字の表記には下記のようにふりがなをご記入ください  
 例: 「o」→オー、「0」→ゼロ、「l」→エル、「1」→イチ、「\_」→アンダーバー、「-」→ハイフン  
 Enif.y.csc7enieni-tohoyakuhin0po1@tohoYAKUHIN.co.jp  
 アンダーバー ハイフン ゼロ イチ

### 合格時の認定証・認定カード送付先

いずれかに☑をつけてください。→→→	<input type="checkbox"/> 申込者情報と同じ	<input type="checkbox"/> 貴社情報と同じ
★上記以外の場合は下記欄をご記入ください。		
ふりがな		
ご住所	(必須)〒	※都道府県からご記入ください。
T E L		※市外局番からご記入ください。

#### 個人情報の取り扱いについて

■皆様からご提供いただいた情報の取り扱いについては、一般社団法人薬局共創未来人財育成機構の健康運動アドバイザー利用規約に規定して取り扱います。ご登録いただいている情報は、インターネット研修サービスにおけるユーザーID、パスワードの抹消通知、関連するアフターサービス、コンテンツ(講義)、サーバーメンテナンスのお知らせのために利用させていただきます。

#### 【注意事項】

○本サービスのご利用希望者は、一般社団法人薬局共創未来人財育成機構の健康運動アドバイザー利用規約の内容を承認したうえで、月内 20 日までの届出につきまして、翌月初め(共創未来グループ月初稼働日 4 日以内)よりご利用できるように登録させていただきます。登録が完了しましたら、利用者本人様のメールアドレスに USER ID、PASSWORD を自動通知メールにてお知らせいたします。

○この学習は個人向けの学習ツールですので、視聴しづらいため音声を選択取りにくい場合は、イヤホン、ヘッドホン等のご使用をお願いします。

弊社担当者 記入欄				
営業部名	営業所名	請求得意先コード	担当者印	所長印

CS 営業部 業務管理チーム 記入欄				
備考	O/L	web	Excel	受付