**【E-Mail】** [**info@pcubed.jp**](mailto:info@pcubed.jp)

|  |  |
| --- | --- |
| （※　事務局記入） モニター施設番号 |  |

一般社団法人　医薬政策企画 P-Cubed

モニター施設申込書

一般社団法人医薬政策企画 P-Cubed 代表理事　坂巻　弘之　殿

一般社団法人　医薬政策企画 P-Cubedのモニター施設になることを申請いたします。

申請日　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ) | |  |
| 施設名称 | |  |
| 所在地都道府県 | |  |
| 施設属性（該当に☑） | | □1.薬局　 □2.病院　 □3.診療所　 □4.その他（具体的に: 　　 　　　　　　） |
|  | ご担当者・氏名 |  |
|  | E-Mail |  |

* 本申請書に記入の上、上記E-mail宛にメール添付にてお送り下さい.  
  （[info@pcubed.jp](mailto:info@pcubed.jp) ［pの後にハイフンははいりません］）。
* [info@pcubed.jp](mailto:info@pcubed.jp)から「（一社）医薬政策企画P-Cubed会員登録完了のお知らせ」メールが送信され、モニター施設登録完了となります。
* その後、医薬品不足状況を基本的に毎週メールでお送りします。
* 医薬品不足情報は、入力画面から原則として、毎週、定期的に入力下さい。
* モニター施設をおやめになりたい場合は、上記メールアドレスに退会申し込みメールをお送り下さい。
* お送りいただきました情報は、本法人の「個人情報保護方針」に従い、目的以外に使用しません。