# 千葉県病院薬剤師会 会員管理 - 研修システム











## 講習会に参加登録する

## ● 会員が申し込む場合

注意

ログインせずに講習会に申し込んだ場合、マイページに講習会申込履歴が残りません。

### 1. システムヘアクセス

葉県病院薬剤師会会員管理-研修シス a Sacity of Hospital Pharmacite, System(ChiP-S)	テム			4.通習会一覧	<b>⑦</b> お問い合わ	t @\$\$21	ログイン
習会一覧							
習会検索	カレンダー検索						
器会名 市・赤田会	<		20	)22年5月			>
選択してください ~	8	я	火	*	*	2	±
編方法	18	2日	38	4日	5日	6日	78
□WEB研修会 □集合型研修会	8日	9日	10日	11日	12日	13日	14日
校來	15日	16日	17日	18日	19日	20E	21日
	22日	23日	24日	25日	26日	27日	28E
	29 B	30日	31日				4.E
							1000

### 2. 参加したい講習会を選択

满首五快东		カレンター検索						
講習会名		<						>
支部・委員会				20	022年4月			
選択してく!	ださい	B	月	火	*	*	全	±
開催方法	開催方法						1日	21
<ul> <li>WEB研修:</li> </ul>	会 □集合型研修会	3日	4日	5日	6日	7日	8日	98
	検索	10日	11日	12日	13日	14日	15日	165
		17日	18日	19日	20日	21日	22日	235
		24日	25E	26日	27日	28日	29日	306
ステータス	開催日時	講習会名	支部・	委員会	關催方法		938 <b>1</b>	ST N
受付中	2022/05/01 09:00	講習会 5月	·#9	地支部	WEB研修会		₩1,000	i¥4
10.00 MI	2022/04/01 09:00	講習会 4月	ф9	福安!	WEB研修会		8.85	SYS

ログイン後、「講習会一覧」画面から参加したい講習 会の「詳細」をクリックします。

### 3. 講習会の内容を確認

開催日時	2022/05/01 09:00 ~ 12:00
關催方法	WEB研修会
支部・委員会	中央支部
参加可能人数 (WEB研修会)	20
募集締め切り日時	2022/04/30 00:00
受講費	¥1,000
講演	
講演番号	1,2,3
請演名	講演名
申請区分(単位種別)	1-2
単位数	1.5
主催者情報	
主催者	管理 次邮
電話番号	08098765432
メールアドレス	kanri@byoyaku.co.jp
詳細 満習会の内容です。	

「講習会詳細」画面に講習会の詳細が表示されるので、 内容を確認し「申し込む」をクリックします。

### 4. 申し込みフォームの確認と入力

「講習会参加申し込み」画面にて、各申し込み項目を確認・入力しましょう。

下図のように、会員情報が既に 入力された状態で表示されます。 会員情報に変更がある場合はマ イページから会員情報を変更し てから講習会に申し込みをして ください。

者の情報を入力してください。	
の方はログインの上お申し込みをお願い	します。
参加申し込み完了後の返金は承れませ	んので、予めご了承ください。
講習会名	講習会 5月
参加方法 必须	○ WEB研修会
取得単位の選択 必須	○ 日病業病院薬学認定薬剤師制度単位 ○ 希望しない
氏名	病院太郎
氏名(フリガナ)	ビョウインタロウ
19.91	51
生年月日	1994-04-17
X-M7FLZ	tarou@byoyaku.co.jp
電話番号	0000000
動務先名	○○医院
动務先部署名	××課
动药先卵伊香马	0000001
勤務先住所	中央区0-0-0
日本病院萊剤師会会員番号	
会員情報に変更がある場合は、マイページ	ジの「会員情報変更」から変更してください。
○○という資格を持っていますか ∞	1 0 LEU O UUZ
	20129

下図のように、各項目がすべて空 欄の状態で表示されます。 ページ上部の「ログイン」ボタン を押して、P.3からの手順で講習 会に申し込みます。

### ● ログイン済の場合 ● 未ログインの場合 ● 未ログイン& これから会員登録する場合

下図のように、各項目がすべて空 欄の状態で表示されます。 ページ上部の「会員登録」ボタン を押して、会員登録し、P.3から の手順で講習会に申し込みます。

	-		
	OWINE ON		
取得単位の選択 60	○ 日病果病院累到	「認定薬剤師制度単位」の希望しない	A.
58.00	15	8	
氏名 (フリガナ) 必須	반여	×4	
性別必須	○男○女		
生年月日 em			
メールアドレス em			
メールアドレス (確認) さま			
電話番号 em			
動務先名 #38			
動務先部署名 8-2			
動務先際委員号 老派			
助格先住所 8.8			

出者の情報を入力してください。 員の方はログインの上お申し込みをお願いします。		
た、参加中し込み空了後の返金は潰れませんので、予め	ご了承ください。	
ログイン 会員登録する		
满習会名	建留金 5月	
参加方法 ##	○WEB研修会	
取得単位の直訳 ##	○ 日病素病院業1	「認定原剤時利度単位」の希望しない
£8 00	塘	8
氏名 (フリガナ) ※※	सन	×r
性別 6年	の男の女	
生年月日 6点		
メールアドレス 必須		
メールアドレス (確認) 必由		
wite-9 on		
<b>动程先名 em</b>		
動務先部署名 ##		
動務先駆使番号 老派		
助務先住所 6.8		
日本病院業別時会会員番号		
○○という資格を持っていますか ※※	OHNOWUR	



HOME/講習会詳細/講習会参加申し込み	
参加者の情報を入力してください。 会員の方はログインの上お申し込みをお願い また、参加申し込み完了後の返金は承れまけ	いします。 さんので、予めご了承ください。
講習会名	調習会 5月
参加方法 必须	○ WEB研修会
取得単位の選択が満	○ 日病薬病院薬学認定薬剤師制度単位 ○ 希望しない
氏名	病院太郎
氏名 (フリガナ)	ビョウインタロウ
性別	93

今回申し込む講習会名が表示されます。

◆参加方法 必須



HOME/講習会詳細/講習会参加申し込み	
参加者の情報を入力してください。 会員の方はログインの上お申し込みをお願い また、参加申し込み完了後の返金は承れませ	いします。 えんので、予めご了承ください。
講習会名	講習会 5月
参加方法 必须	○ WEB研修会
取得単位の選択 必須	◎ 日病薬病院薬学認定薬剤師制度単位 ◎ 希望しない
氏名	病院 太郎
氏名 (フリガナ)	ビョウインタロウ
性別	93

ラジオボタンをクリックします。 ハイブリッド方式の場合は、「WEB 研修会」or「集合 型研修会」のいずれかを選択してください。

◆取得単位の選択 必須



HOME/講習会詳細/講習会参加申し込み	
参加者の情報を入力してください。 会員の方はログインの上お申し込みをお願い また、参加申し込み完了後の返金は承れませ	いします。 !んので、予めご了承ください。
講習会名	講習会 5月
参加方法 必须	O WEB研修会
取得単位の選択 ※須	◎ 日病薬病院薬学認定薬剤師制度単位 ◎ 希望しない
氏名	病院太郎
氏名 (フリガナ)	ビョウインタロウ
性別	男

「日病薬病院薬学認定薬剤師制度単位」or「希望しな い」のいずれかを選択します。



HOME/講習会詳細/講習会参加申し込み	
参加者の情報を入力してください。 会員の方はログインの上お申し込みをお また、参加申し込み完了後の返金は承れ	願いします。 ませんので、予めご了承ください。
講習会名	講習会 5月
参加方法 必须	〇 WEB研修会
取得単位の選択 必須	○ 日病薬病院薬学認定薬剤師制度単位 ○ 希望しない
氏名	病院 太郎
氏名 (フリガナ)	ビョウインタロウ
性別	91

ご自身の氏名が表示されます。 変更したい場合はマイページから変更し、再度講習会 の申し込みを行ってください。

◆氏名(フリガナ)

HOME/講習会詳細/講習会参加申し込	<i>b</i>
参加者の情報を入力してください。 会員の方はログインの上お申し込み また、参加申し込み完了後の返金はお	とお願いします。 私作ませんので、予めご了承ください。
满習会名	講習会 5月
参加方法 必須	O WEB研修会
取得単位の選択 必須	○ 日病薬病院薬学認定薬剤師制度単位 ○ 希望しない
氏名	病院 太郎
氏名 (フリガナ)	ビョウインタロウ
性別	93

ご自身の氏名のフリガナが表示されます。 変更したい場合はマイページから変更し、再度講習会 の申し込みを行ってください。

◆性別

HOME/講習会詳細/講習会参加申し込み	
参加者の情報を入力してください。 会員の方はログインの上お申し込みをお願 また、参加申し込み完了後の返金は承れま	いします。 せんので、予めご了承ください。
满習会名	講習会 5月
参加方法 ※3	O WEB研修会
取得単位の選択 必須	◎ 日病薬病院薬学認定薬剤師制度単位 ◎ 希望しない
氏名	病院太郎
氏名 (フリガナ)	ビョウインタロウ
性別	92
	and the second

ご自身の性別が表示されます。 変更したい場合はマイページから変更し、再度講習会 の申し込みを行ってください。



性別	男		
生年月日	1994-04-17		
メールアドレス	tarou@byoyaku.co.jp		
電話番号	0000000		
勤務先名	<b>○○医院</b>		
勤務先部署名	××i		
動務先郵便番号	0000001		
動務先住所	中央区0-0-0		
日本病院薬剤師会会員番号			
会員情報に変更がある場合は、マイイ	ページの「会員情報変更」から変更してください。		

ご自身の生年月日が表示されます。

変更したい場合はマイページから変更し、再度講習会 の申し込みを行ってください。

◆メールアドレス

性別	93
生年月日	1994-04-17
メールアドレス	tarou@byoyaku.co.jp
電話番号	0000000
助務先名	〇〇医院
勤務先部署名	××10
動務先郵便番号	0000001
動務先住所	中央区0-0-0
日本病院薬剤師会会員番号	
会員情報に変更がある場合は、マイイ	<b>ページの「会員情報変更」から変更してください。</b>

ご自身のメールアドレスが表示されます。 変更したい場合はマイページから変更し、再度講習会 の申し込みを行ってください。 講習会の参加申し込み完了メールなどがこのアドレス 宛に送られます。

### ◆電話番号

性別	35			
生年月日	1994-04-17			
メールアドレス	tarou@byoyaku.co.jp			
電話番号	0000000			
勤務先名	○○医院			
勤務先部署名	XXX 第			
動務先郵便番号	0000001			
動務先住所	中央区0-0-0			
日本病院菜剤師会会員番号				
会員情報に変更がある場合は、マイハ	(ージの「会員情報変更」から変更してください。			

ご自身の電話番号が表示されます。 変更したい場合はマイページから変更し、再度講習会 の申し込みを行ってください。



44 (94)		
11270	35	
生年月日	1994-04-17	
メールアドレス	tarou@byoyaku.co.jp	
電話番号	0000000	
動務先名	○○ <b>医院</b>	
勤務先部署名	××III	
動務先郵便番号	0000001	
勤務先住所	中央区0-0-0	
日本病院薬剤師会会員番号		
会員情報に変更がある場合は、マイ	ページの「会員情報変更」から変更してください。	

ご自身の勤務先名が表示されます。 変更したい場合はマイページから変更し、再度講習会

の申し込みを行ってください。

◆勤務先部署名

性別	男			
生年月日	1994-04-17			
メールアドレス	tarou@byoyaku.co.jp			
電話番号	0000000			
動務先名	〇〇 <b>医院</b>			
動務先部署名	XXX 题			
動務先郵便番号	0000001			
動務先住所	中央区0-0-0			
日本病院薬剤師会会員番号				
会員情報に変更がある場合は、マイイ	ージの「会員情報変更」から変更してください。			

ご自身の勤務先での部署名が表示されます。 変更したい場合はマイページから変更し、再度講習会 の申し込みを行ってください。

### ◆勤務先郵便番号

性別	男
生年月日	1994-04-17
メールアドレス	tarou@byoyaku.co.jp
電話番号	0000000
助務先名	<b>○○医院</b>
勤務先部署名	××課
動務先郵便番号	0000001
勤務先住所	中央区0-0-0
日本病院薬剤師会会員番号	
会員情報に変更がある場合は、マイページの「会員情	報変更」から変更してください。

ご自身の勤務先の郵便番号が表示されます。 変更したい場合はマイページから変更し、再度講習会 の申し込みを行ってください。



性別	男	
生年月日	1994-04-17	
メールアドレス	tarou@byoyaku.co.jp	
電話番号	0000000	
動務先名	○○医院	
勤務先部署名	第 後 火 火	
動務先郵便番号	0000001	
助现开冲军	曲中区0.0.0	

ご自身の勤務先の住所が表示されます。 変更したい場合はマイページから変更し、再度講習会

の申し込みを行ってください。

### ◆日本病院薬剤師会会員番号

性別	劈
生年月日	1994-04-17
メールアドレス	tarou@byoyaku.co.jp
電話番号	0000000
助務先名	○○ <b>因</b> 院
勤務先部署名	××₩
勤務先郵便番号	0000001
勤務先住所	中央区0-0-0
日本病院薬剤師会会員番号	
会員情報に変更がある場合は、マイページの「会員	情報変更」から変更してください。

ご自身の日本病院薬剤師会会員番号が表示されます。 日本病院薬剤師会会員番号が未登録の方は空欄になっ ています。

登録・変更したい場合はマイページから変更し、再度 講習会の申し込みを行ってください。

### ◆主催者からの質問事項



講習会主催者からの質問事項がある場合は、質問に答 えることができます。(※「必須」と表示のある場合は 必ず質問に答えてください。) ラジオボタンでの選択式の場合はふさわしい選択肢を クリックします。 四角い空欄が表示されているときは、空欄に答えを入 力してください。

### 5. 申し込みフォームの「確認」ボタンを押す



「講習会参加申し込み」で各項目を確認し終えたら、 ページ最下部の「確認」ボタンをクリックします。

### 6. 申し込み確認画面にて最終確認

IOME / 講習会評細/講習会参加申し込み確認	
青報に間違いがないことを確認の上、申し込みボ 参加費が必要な講習会の場合、決済情報入力画面 クレジットカード情報の入力・保持は千葉県病院 を利用します。	タンを押してください。 に進みます。 薬剤時会のシステムでは管理せず、ソニーペイメントサービス社のサービス
講習会参加費の領収書は千葉県病院薬剤師会では クレジットカード会社が発行するご利用明細書を1	発行いたしません。 領収書としてご利用ください。
・使用できるクレジットカードの種類	
FJCB_ FAMEX_ FVISA_ FMaster_ FDiscove	r」 「Diners」
講習会名	講習会 5月
参加方法	WEB研修会
取得単位の選択	日病薬病院薬学認定薬剤師制度単位
氏名	病院太郎
氏名(フリガナ)	ビョウインタロウ
性別	男
生年月日	1994-04-17
メールアドレス	tarou@byoyaku.co.jp
電話番号	0000000
勤務先名	〇〇 <b>医</b> 院
勤務先認署名	××課
勤務先郵便番号	0000001
勤務先住所	中央区0-0-0
日本病院薬剤師会会員番号	
○○という資格を持っていますか	(au
1	修正 申し込み

「講習会参加申し込み確認」画面に移ったら、申し込み 内容の最終確認をします。確認が終わったら、最下部 の「申し込み」をクリックします。

「修正」を押すと前の画面に戻りますので適宜入力内容 の修正を行ってください。修正後、再度「確認」をク リックし「講習会参加申し込み確認」画面に移ったら、 「申し込み」をクリックします。

→P.19 に進みます。

### ● 非会員が会員登録せずに申し込む場合

会員登録及びログインせずに講習会に申し込んだ場合、システム上に講習会申込履歴が残りません。

### 1. システムヘアクセス

注意

24tha Society Hisspital Pharmacists System(ChiP-S)			4.	ようこそ 病院 太郎 さん 山山 講習会一覧 ② お問い合わせ				71-1-	
講習会一覧									
講習会検索		カレンダー検索							
講習会名		<						>	
支部・委員会				20	)22年4月				
選択してく?	できい ~	B	月	火	*	*	全	±	
開催方法							1日	28	
<ul> <li>WEB研修:</li> </ul>	会 □集合型研修会	3日	4日	5日	6日	7日	8日	98	
	検索	10日	118	12日	13日	14日	15日	16E	
		17日	18日	19日	20日	21日	22日	23E	
		24日	25日	26日	27日	28日	29 E	30 E	
ステータス	開催日時	講習会名	支部・	委員会	關催方法		受講員	CT M	
受付中	2022/05/01 09:00	講習会 5月	ф9	地 电	WEB研修会		₩1,000	iYe	
MI461710	2022/04/01 09:00	講習会 4月	ф9	支部	WEB研修会		11.11	SYNE	

https://chiba-hp.com にアクセスし、 「講習会一覧」画面から参加したい講習会の「詳細」 をクリックします。

### 2. 講習会の内容を確認

<b>511中</b> 講習会 5月		「講習会詳細」画面に講習会の詳細が表示されるの一
開催日時	2022/05/01 09:00 ~ 12:00	内谷を唯認し「申し込む」をクリックします。
關催方法	WEB研修会	
支部・委員会	中央支部	
参加可能人数 (WEB研修会)	20	
募集締め切り日時	2022/04/30 00:00	
受講費	¥1,000	
講演		
講演員号	1,2,3	
講演名	講演名	
申請区分(単位種別)	1-2	
単位数	1.5	
主催者情報		
主催者	管理次邮	
電話番号	08098765432	
メールアドレス	kanri@byoyaku.co.jp	
詳細 講習会の内容です。	mil 2.4s	

### 3. 申し込みフォームの確認と入力

会員の方はログインの上お申し込みをお願いします。 また、参加申し込み完了後の返金は承れませんので、予め	りご了承ください。		
ログイン 会員登録する			
調習会名	调智会 5月		
参加方法 必須	○ WEB研修会		
取得単位の選択 必須	○ 日病薬病院薬学	認定菜剤師制度単位 〇 希望し	ない
<b>氏名</b> 8.8	婚	8	
氏名 (フリガナ) 必須	ter	XT	
性別 6.8	○男○女		
生年月日 老派			
メールアドレス 必須			)
メールアドレス (確認) 必由			
電話番号 6回			
動務先名 630			
助務先部署名 8/3	0		
助務先驅便番号 必須			
勤務先住所 8.3			
日本病院菜剤師会会員番号			
○○という資格を持っていますか 必須	0はい 0 いいえ		

「講習会参加申し込み」画面にて、各申し込み項目 を入力しましょう。

### ◆講習会名

講習会名	调智会 5月		
参加方法 80章	○WEB研修会		
取得単位の選択 ※消	○ 日病薬病院薬学師	認定集別時制度単位 〇 希望しない	
EL en	15	8	
氏名 (フリガナ) きョ	セイ	Xr	
性別 6:8	○男○女		
生年月日 8点			

### 今回申し込む講習会名が表示されます。

◆参加方法 必須



ン会員登録する		
講習会名	建智会 5月	
参加方法 80页	○WEB研修会	
取得単位の選択 必須	○ 日病薬病院薬学	8定葉剤師制度単位 〇 希望しない
<b>抵宅 e</b> 用	15	â
氏名 (フリガナ) 8日	セイ	Xr
性別前面	○男○女	
生年月日 老魚		
メールアドレス 必須		

ラジオボタンをクリックします。 ハイブリッド方式の場合は、「WEB 研修会」or「集合 型研修会」のいずれかを選択してください。





性別必須	○男○女		_	
氏名(フリガナ) 8回	セイ	×r		
<b>任名 8</b> 8	15	8		
取得単位の選択 ※3	○ 日病薬病院薬学	認定薬剤師制度単位 〇 希望しない		
参加方法 必須	○ WEB研修会			
講習会名	識智会 5月	講習会 5月		

ご自身の性別を「男」or「女」で選択します。





氏名 6頃	25	8	
氏名(フリガナ) 必須	ter	×r	
性別 必須	○男○女		
生年月日 必須			
メールアドレス 必須			
メールアドレス (確認) 必由			
電話番号 8回			
勤務先名 600			

欄をクリックするとカレンダーが表示されるので、 生年月日を選択し「決定」をクリックします。







生年月日 6.8	
メールアドレス 必須	
メールアドレス (確認) 必由	
電話番号 必須	
勤務先名 1839	
動務先部署名 必須	
動務先部便番号 必须	
勤務先住所 必須	
日本病院菜削師会会員番号	

ご自身の勤務先名を入力します。

◆勤務先部署名 必須



生年月日 老道	
メールアドレス 必須	
メールアドレス (確認) 必由	
電話番号 8日	
助務先名 63	
勤務先部署名 必須	
勤務先郵便番号 必须	
勤務先住所 必須	
日本病院薬剤師会会員番号	

ご自身の勤務先部署名を入力します。



X 101 (. 0.X (38800) (0.08		
電話番号 8回		
勤務先名 6.6		
勤務先部署名 必須		
助務先郵便番号 必须		
助務先住所 必須		
日本病院菜剂師会会員番号		
○○という資格を持っていますか ®液	O はい O いいえ	
	14:15	
	ス かりドレス (Mak) (Mak) 電話番号 6月 動務先都著名 8月 勤務先都優勝号 4月 勤務先住所 4月 日本成務業別時会会員番号 ○○という資格を持っていますか 8月	エレンドレス (Naco) exa     電話番号 exa     記読先名 ##     記読先指示 exa     記読先住所 exa     日本病院業別時会会員番号     OOという資格を持っていますか ##     O はい O いいえ     尾区

ご自身の勤務先の郵便番号を入力します。





メールアドレス (権認) 必須	
電話番号 必須	
助務先名 1010	
助務先部署名 必須	
助務先郵便番号 必須	
助務先住所 必須	
日本病院菜剂師会会員番号	
○○という資格を持っていますか やぬ	0 Hz v 0 W v 2
	確認

ご自身の勤勤務先の住所を入力します。

### ◆日本病院薬剤師会会員番号



日本病院薬剤師会会員番号があれば入力します。

### ◆主催者からの質問事項

新政告報価単語 200	
的務先住所 8.3	
助務先住所 彩演	

講習会主催者からの質問事項がある場合は、質問に答 えることができます。(※「必須」と表示のある場合は 必ず質問に答えてください。) ラジオボタンでの選択式の場合はふさわしい選択肢を クリックします。 四角い空欄が表示されているときは、空欄に答えを入 力してください。

### 4. 申し込みフォームの「確認」ボタンを押す



「講習会参加申し込み」で各項目を確認し終えたら、 ページ最下部の「確認」ボタンをクリックします。

### 5. 申し込み確認画面にて最終確認

情報に間違いがないことを確認の上、申し込みす	《タンを押してください。
参加費が必要な講習会の場合、決済情報入力画面	に進みます。
クレジットカード情報の入力・保持は干葉県病院 料田レます	R薬剤師会のシステムでは管理せず、ソニーペイメントサービス社のサービン
27371 6 4 9 4	
講習会参加費の領収書は千葉県病院薬剤師会では	<b>!発行いたしません。</b>
クレジットカード会社が発行するご利用明細書を	·領収書としてご利用ください。
・使用できるクレジットカードの種類	
FJCBJ FAMEXJ FVISAJ FMasterJ FDiscov	er」「Diners」
講習会名	講習会 5月
参加方法	WEB研修会
取得単位の選択	日病薬病院薬学認定薬剤師制度単位
氏名	病院太郎
氏名(フリガナ)	ピョウイン タロウ
性別	男
生年月日	1994-04-17
メールアドレス	tarou@byoyaku.co.jp
電話番号	0000000
勤務先名	<b>○○医院</b>
勤務先部署名	××課
勤務先郵便番号	0000001
勤務先住所	中央区0-0-0
日本病院業剤師会会員番号	
○○という資格を持っていますか	(au)
	修正 申し込み

「講習会参加申し込み確認」画面に移ったら、申し込み 内容の最終確認をします。確認が終わったら、最下部 の「申し込み」をクリックします。

「修正」を押すと前の画面に戻りますので適宜入力内容 の修正を行ってください。修正後、再度「確認」をク リックし「講習会参加申し込み確認」画面に移ったら、 「申し込み」をクリックします。

→P.19 に進みます。

# 講習会の料金を支払う

### ● 講習会料金が無料だった場合

申し込み確認画面で「申し込み」押下後、「登録メールアドレス宛にメールを送信しました。 日時をご確認の上、講習会に参加してください」と表示された画面が出たら申込完了です。

「東宋狗元東別即立立員 島廷*WTPシンス)ム https://www.consts.system(Chill-S)	ようこそ 正文 太郎 さん	ala, 講習会一覧	② お問い合わせ	714
HOME / 講社会講座/登録は完了していません				
登録メールアドレス宛にメールを送信しました。 日時をご確認の上、講習会に参加してください。				
WEB研修会の場合は、下記ボタンより事前登録	をお願いいたします。	-	1	
WEB研修会の場合は、下記ボタンより事前登戦 事前登録を行わないと、講習会に参加すること	をお願いいたします。 ができません。		]	
WEB研修会の場合は、下記ボタンより事前登録 事前登録を行わないと、講習会に参加すること なお、参加できなかった場合においても返金は	をお願いいたします。 ができません。 承れませんので、予めご	了承ください。	]	
WEB研修会の場合は、下記ボタンより事前登録 事前登録を行わないと、講習会に参加すること なお、参加できなかった場合においても返金は	をお願いいたします。 ができません。 承れませんので、予めご <u>事前登録を行う</u>	了承ください。	]	
WEB研修会の場合は、下記ボタンより事前登録 事前登録を行わないと、講習会に参加すること なお、参加できなかった場合においても返金は XTURLからも事前登録可能です。	をお願いいたします。 ができません。 承れませんので、予めご <u>事前容容を行う</u>	了承ください。	]	

※同時に、ユーザーあてに「講習会参加申し込みを受け付け ました。」メールが送信されます。

※WEB研修会の場合、「事前登録を行う」を押すと、WEB 研修会場のページにアクセスできるようになります。 または、同時に送られる「講習会参加申し込みを受け付け ました。」メールにもWEB研修会場のページURLが記載 されているのでそちらからも確認可能です。

WEB研修会で申し込んだ場合、申し込み完了後は必ずWEB事前登録URL先で 事前登録を行ってください。事前登録を行わない場合、講習会に参加できません。

### ● 講習会料金が有料だった場合

### 1. クレジットカード情報の確認または入力

カード番号	*	]+[]	
カード有効期限	#	♥ 年(YEAR) お手持ちのカードと同じ損益	でご入力ください。
キュリティコード	■ セキュリ5	F-4-1-Fictory T	
決済金額	2.000 円		
お支払方法	一括払い		
	確認	キャンセル	

「クレジットカード情報入力」画面に遷移したら、次 ページから案内する各項目従って情報の確認または 必要事項を入力します。





ご自身の持つクレジットカード番号を入力します。

※以前に同システム内でクレジットカードを使用 or マイページ「カードの変更」画面でクレジットカー ドを登録している場合は既に情報が表示されている ので入力の必要はありません。

◆カード有効期限





ご自身のクレジットカードの有効期限を入力します。 - 有効期限「月」をプルダウンで選択します - 有効期限「年」をプルダウンで選択します

※以前に同システム内でクレジットカードを使用 or マイページ「カードの変更」画面でクレジットカー ドを登録している場合は既に情報が表示されている ので入力の必要はありません。

### ◆セキュリティコード

・ 楽のついた項目は入:	力必須になります。
カード番号	*
カード有効期限	※ → ● 月 (MONTH) → ● (YEAR) お手持ちのカードと同じ順優でこんかください。
2キュリティコード	ロセキュリティコードについて
決済金額	2.000 円
お支払方法	- 揺私い
	確認 キャンセル

ご自身のクレジットカードのセキュリティコードを入 力します。



カード番号	*	
カード有効期限	※ - ▼ 月 (MONTH) - ▼ 年 (YEAR) お手持ちのカードと同じ損害	でご入力ください。
パキュリティコード	■ セキュリティコードについて	
決濟金額	2,000 円	
お支払方法	- 揺払い	
	Income Income	

講習会料金(クレジットカードで支払う金額)が 記載されているので確認してください。

◆お支払方法

●入力フォーム ・※のついた環目は入力必須になります。	
カード量号 来	
カード有効期限 ※	8
セキュリティコード ロ セキュリディコードについて	11 I I I I I I I I I I I I I I I I I I
決済金額 2,000 円	
お支払方法 一種払い	
確認 キャンセル	
プラウザによる「栗る」「更新,操作は行わないでください。	

2. 「確認」 ボタンを押す

カード番号	*	j-[]	•	
カード有効期限	* - •	A (MONTH)	♥ (YEAR) お手持ちのカードと同じ順書でご入力く	tali,
2キュリティコード		ロセキュリテ		
決済金額	2,000	Ħ		
お支払方法	一括払い	67-		
		確認	キャンセル	
ブラウザによる 「別	そる: 「更新」 読	<b>魚作は行わないでくた</b>	tav.	

入力が終わったら、最下部の「確認」ボタンをク リックします。

### 3. 確認画面にて内容の確認をする

<ul> <li>ご購入された内容を確</li> </ul>	能してください。			
カード番号	4123 0	300		
カード有効期限	12 月 (MONTH)	28年 (YEAR)		
セキュリティコード				
決濟金額	1,000 円			
お支払方法	一括払い			
	購入	戻る	キャンセル	
ブラウザによる / 戻る	r 「更新」操作は行わな	いてください。		

確認画面にて先ほど入力したクレジットカードの内容 を確認します。内容が正しければ「購入」をクリック します。

修正の必要があれば「戻る」を押し、再度正しくクレ ジットカード情報を入力してください。 修正が終わったら再度「確認」を押し「購入」をクリ ックします。

### 4. 講習会申し込みの完了

「購入」ボタンを押下後、「登録メールアドレス宛にメールを送信しました。 日時をご確認の上、講習会に参加してください」と表示された画面が出たら申込完了です。

- 英語合語意味在人民集中 日本シュニノ				-
十葉県病院業剤師会会員官理・俳修システム Chilia Society of Hospital Pharmacists System(Chill-S)	ようこそ 正文 太郎 さん	344.講習会一覧	② お問い合わせ	71%-
HOME/場盼sism/登録は完了していません				
登録メールアドレス宛にメールを送信しました。 日時をご確認の上、講習会に参加してください。				
WEB研修会の場合は、下記ボタンより事前登録 東前登録を行わたいと 課題会に参加すること	をお願いいたします。 がプきませく		1	
争的互致で1743ないと、調査式に参加すること かわ おいてまかねった担合においてま 近今に		フラノださい		
SOL AW CGAD ALMERSOL COMER	A112 2700 CT 3.00C	JAN CICCUS	1	
	北前登録を行う			
以下URLからも事前登録可能です。 https://chiha.hp.youknaw.in/cominar/00000				
以下URLからも事前登録可能です。 https://chiba-hp.youknow.jp/seminar/99999				

※同時に、ユーザーあてに「講習会参加申し込みを受け付け ました。」メールが送信されます。

※WEB研修会の場合、「事前登録を行う」を押すと、WEB 研修会場のページにアクセスできるようになります。 または、同時に送られる「講習会参加申し込みを受け付け ました。」メールにもWEB研修会場のページURLが記載 されているのでそちらからも確認可能です。

WEB研修会で申し込んだ場合、申し込み完了後は必ずWEB事前登録URL先で 事前登録を行ってください。事前登録を行わない場合、講習会に参加できません。



### 1. ログイン後、「カードの変更」をクリック

<ul> <li>○ 講習会の参加履歴</li> <li>② 会員情報変更</li> </ul>	HOME / 講習会の参 単位取得状況	加暖歷			3	部でフィルタ	する: 選択してくだ	30
合 パスワード変更	年度/単位	-1	8	ш	IV	v	カリキュラムなし	研修センター
日年会費	2022	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
四カードの変更	2021	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
<b>未</b> 退会	2020	0.0	0,0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
E• ログアウト			1	取得單位一覧	CSVダウンロー	R		

ログイン後、左のサイドメニューから「カードの変更」 をクリックします。

### 2. 新しいカードの情報を入力する

・※のついた項目は入力必須	真になります。	
1 August 1	カード番号 4123	
堂联府办	カード有効期限 12月	28年
カード番号 🗰	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
カード有効期限 米		▼ 年 (YEAR) お手持ちのカードと同じ順番でさ入力くださ
セキュリティコード	0 ゼキュリディ	ユードについて
	確認	キャンセル

「クレジットカード情報変更」画面に移ったら、新しい クレジットカード情報を登録しましょう。

### ◆登録済み

・漆のついた頃目は入力必	員になります。	
	カード番号 4123	
登録済み	カード有効期限 12月28年	
カード番号 勝		
カード有効期限 米		りください。
Zキュリティコード	0 Utauy7<3-KEDWC	
	10-577 the 2 deally	

現在システムに登録されているクレジットカード情報 を確認できます。





ご自身の持つクレジットカード番号を入力します。

※以前に同システム内でクレジットカードを使用 or マイページ「カードの変更」画面でクレジットカー ドを登録している場合は既に情報が表示されている ので入力の必要はありません。

◆カード有効期限





ご自身のクレジットカードの有効期限を入力します。 - 有効期限「月」をプルダウンで選択します - 有効期限「年」をプルダウンで選択します

※以前に同システム内でクレジットカードを使用 or マイページ「カードの変更」画面でクレジットカー ドを登録している場合は既に情報が表示されている ので入力の必要はありません。

### ◆セキュリティコード

	カード番号 4123			
臺頭済み	カード有効制限 12月28年			
カード番号 勝〔				
カード有効期限 米 [	• 月 (MONTH) • 年 (YEAR) お手持ちのカードと同じ探答でさん力ください。			
1	ロ セキュリティユードについて			
(キュリティコード [				

ご自身のクレジットカードのセキュリティコードを入 力します。

### 3. 「確認」ボタンを押す

200 82	カード番号 4123 - **** - 0300			
3E APOTO	カード有効割限 12月28年			
カード番号 🗰 🗌				
カード有効期限 ※	- V 月(MONTH) V 年(YEAR) お手持ちのカードと同じ頑張でさ入力くか			
セキュリティコード	D セキュリティコードについて			
	確認 キャンセル			
プラウザによる「戻る」「更	新」操作は行わないでください。			

入力が終わったら、最下部の「確認」ボタンをク リックします。

### 4. 確認画面にて内容の確認をする

		クしてください。		
カード番号 3693	4	9		
カード有効期限 12月	(MONTH) 2	5年 (YEAR)		
キュリティコード ●●●				
Ţ	更新	戻る	キャンセル	

確認画面にて先ほど入力したクレジットカードの内容 を確認します。内容が正しければ「更新」をクリック します。

修正の必要があれば「戻る」を押し、再度正しくクレ ジットカード情報を入力してください。 修正が終わったら再度「確認」を押し「更新」をクリ ックします。