

# 千葉県病院薬剤師会

会員管理 - 研修システム

ユーザー向け

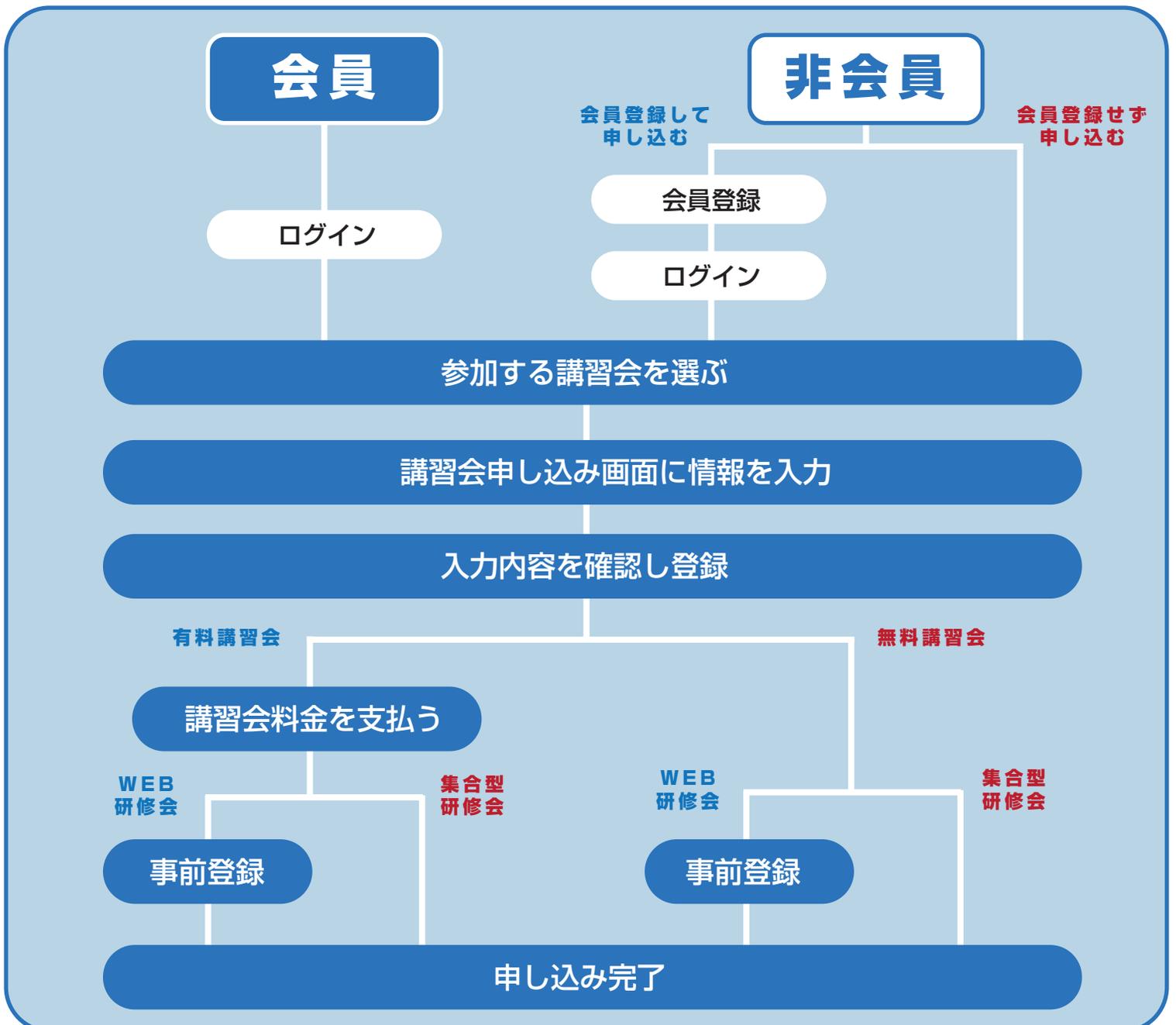
**講習会申込手順**

*ChiP-S*

# もくじ

- ◆ 講習会申込フロー ————— P.2
- ◆ 講習会に参加登録する（会員が申し込む場合） ————— P.3
- ◆ 講習会に参加登録する（非会員が会員登録せずに申し込む場合） — P.11
- ◆ 講習会の料金を支払う ————— P.19
- ◆ 備考：クレジットカード情報を変更したい場合（会員のみ） ————— P.23

## 講習会申込フロー



## ● 会員が申し込む場合

### 注意

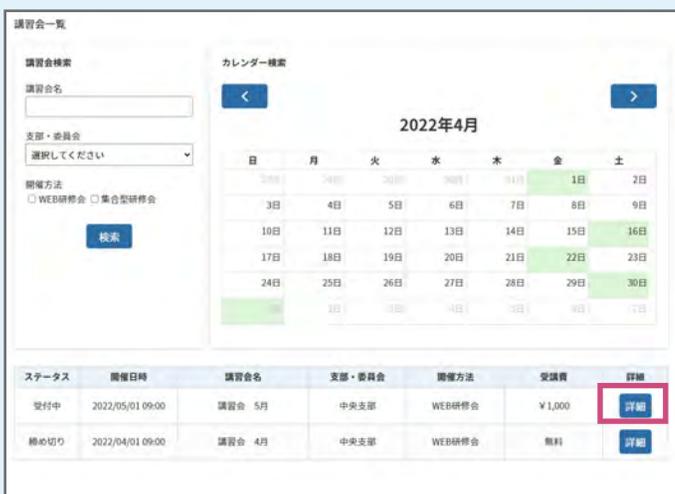
ログインせずに講習会に申し込んだ場合、マイページに講習会申込履歴が残りません。

## 1. システムへアクセス



<https://chiba-hp.com> にアクセスし、画面右上の「ログイン」をクリックします。

## 2. 参加したい講習会を選択



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

HOME / 講習会詳細

**受付中** 講習会 5月

開催日時	2022/05/01 09:00 ~ 12:00
開催方法	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
講演名	講演名
申請区分 (単位種別)	I-2
単位数	1.5

主催者情報

主催者	管理 次郎
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。

[申し込み](#)

「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。

#### ● ログイン済の場合

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。

#### ● 未ログインの場合

下図のように、各項目がすべて空欄の状態が表示されます。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。

#### ● 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が表示されます。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。

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します。  
また、参加申し込みが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

参加方法  WEB研修会

取得単位の選択  日本歯科大学認定定期研修単位  希望しない

氏名

氏名 (フリガナ)

性別  男  女

生年月日

メールアドレス

電話番号

勤務先名

勤務先部署名

勤務先部署番号

勤務先住所

日本歯科大学研修会会員番号

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。

〇〇という資格を持っていますか  はい  いいえ

[確認](#)

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します。  
また、参加申し込みが完了後の返金は承れませんので、予めご了承ください。

[ログイン](#)  会員登録する

講習会名

参加方法  WEB研修会

取得単位の選択  日本歯科大学認定定期研修単位  希望しない

氏名

氏名 (フリガナ)

性別  男  女

生年月日

メールアドレス

メールアドレス (フリガナ)

電話番号

勤務先名

勤務先部署名

勤務先部署番号

勤務先住所

日本歯科大学研修会会員番号

〇〇という資格を持っていますか  はい  いいえ

[確認](#)

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します。  
また、参加申し込みが完了後の返金は承れませんので、予めご了承ください。

[ログイン](#) [会員登録する](#)

講習会名

参加方法  WEB研修会

取得単位の選択  日本歯科大学認定定期研修単位  希望しない

氏名

氏名 (フリガナ)

性別  男  女

生年月日

メールアドレス

メールアドレス (フリガナ)

電話番号

勤務先名

勤務先部署名

勤務先部署番号

勤務先住所

日本歯科大学研修会会員番号

〇〇という資格を持っていますか  はい  いいえ

[確認](#)

## ◆講習会名

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、予めご了承ください。

講習会名	講習会 5月
参加方法 必須	<input type="radio"/> WEB研修会
取得単位の選択 必須	<input type="radio"/> 日病薬病院薬学認定薬剤師制度単位 <input type="radio"/> 希望しない
氏名	病院 太郎
氏名 (フリガナ)	ピョウイン タロウ
性別	男

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、予めご了承ください。

講習会名	講習会 5月
参加方法 必須	<input checked="" type="radio"/> WEB研修会
取得単位の選択 必須	<input type="radio"/> 日病薬病院薬学認定薬剤師制度単位 <input type="radio"/> 希望しない
氏名	病院 太郎
氏名 (フリガナ)	ピョウイン タロウ
性別	男

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、予めご了承ください。

講習会名	講習会 5月
参加方法 必須	<input type="radio"/> WEB研修会
取得単位の選択 必須	<input checked="" type="radio"/> 日病薬病院薬学認定薬剤師制度単位 <input type="radio"/> 希望しない
氏名	病院 太郎
氏名 (フリガナ)	ピョウイン 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。

## ◆氏名

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、予めご了承ください。

講習会名	講習会 5月
参加方法 必須	<input type="radio"/> WEB研修会
取得単位の選択 必須	<input type="radio"/> 日病薬病院長学認定薬剤師制度単位 <input type="radio"/> 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

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、予めご了承ください。

講習会名	講習会 5月
参加方法 必須	<input type="radio"/> WEB研修会
取得単位の選択 必須	<input type="radio"/> 日病薬病院長学認定薬剤師制度単位 <input type="radio"/> 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

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、予めご了承ください。

講習会名	講習会 5月
参加方法 必須	<input type="radio"/> WEB研修会
取得単位の選択 必須	<input type="radio"/> 日病薬病院長学認定薬剤師制度単位 <input type="radio"/> 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

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。

## ◆生年月日

性別	男
生年月日	1994-04-17
メールアドレス	tarou@hyoyaku.co.jp
電話番号	0000000
勤務先名	〇〇医院
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	男
生年月日	1994-04-17
メールアドレス	tarou@hyoyaku.co.jp
電話番号	0000000
勤務先名	〇〇医院
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	男
生年月日	1994-04-17
メールアドレス	tarou@hyoyaku.co.jp
電話番号	0000000
勤務先名	〇〇医院
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。

## ◆勤務先名

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
勤務先名	〇〇医院
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
勤務先名	〇〇医院
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
勤務先名	〇〇医院
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。

## ◆勤務先住所

性別	男
生年月日	1994-04-17
メールアドレス	tarou@hyoyaku.co.jp
電話番号	0000000
勤務先名	〇〇医院
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	男
生年月日	1994-04-17
メールアドレス	tarou@hyoyaku.co.jp
電話番号	0000000
勤務先名	〇〇医院
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

電話番号	0000000
勤務先名	〇〇医院
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。	
<input type="radio"/> 〇〇という資格を持っていますか ※※ <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	
<input type="button" value="確認"/>	

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

電話番号	0000000
勤務先名	〇〇医院
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。	
<input type="radio"/> 〇〇という資格を持っていますか ※選	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ

**確認**

「講習会参加申し込み」で各項目を確認し終わったら、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

HOME / 講習会詳細 / 講習会参加申し込み確認

情報に間違いがないことを確認の上、申し込みボ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・保持は千葉県病院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スを利用します。

講習会参加費の領収書は千葉県病院薬剤師会では発行いたしません。  
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  
「JCB」「AMEX」「VISA」「Master」「Discover」「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	〇〇医院
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
日本病院薬剤師会会員番号	
<input type="radio"/> 〇〇という資格を持っていますか	はい

**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

## 注意

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. システムへアクセス

千葉県病院薬剤師会会員管理-研修システム  
Chiba Society Hospital Pharmacists System(CHP-S)

ようこそ病院 太郎さん 講習会一覧 お問い合わせ マイページ

講習会一覧

講習会検索

講習会名

支部・委員会

選択してください

開催方法

WEB研修会  集合型研修会

検索

カレンダー検索

2022年4月

日	月	火	水	木	金	土
28日	29日	30日	31日	1日	2日	
3日	4日	5日	6日	7日	8日	9日
10日	11日	12日	13日	14日	15日	16日
17日	18日	19日	20日	21日	22日	23日
24日	25日	26日	27日	28日	29日	30日
1日	2日	3日	4日	5日	6日	7日

ステータス	開催日時	講習会名	支部・委員会	開催方法	受講費	詳細
受付中	2022/05/01 09:00	講習会 5月	中央支部	WEB研修会	¥1,000	詳細
締め切り	2022/04/01 09:00	講習会 4月	中央支部	WEB研修会	無料	詳細

<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

HOME / 講習会詳細

受付中 講習会 5月

開催日時	2022/05/01 09:00 ~ 12:00
開催方法	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
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 次郎
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。

申し込む

「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。

### 3. 申し込みフォームの確認と入力

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、予めご了承ください。

**ログイン** 会員登録する

講習会名 講習会 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薬剤師制度単位  希望しない

氏名 **必須** 姓  名

氏名 (フリガナ) **必須** セイ  メイ

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) **必須**

電話番号 **必須**

勤務先名 **必須**

勤務先部署名 **必須**

勤務先郵便番号 **必須**

勤務先住所 **必須**

日本病院薬剤師会会員番号

〇〇という資格を持っていますが **必須**  はい  いいえ

**確認**

「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

**ログイン** 会員登録する

講習会名 講習会 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薬剤師制度単位  希望しない

氏名 **必須** 姓  名

氏名 (フリガナ) **必須** セイ  メイ

性別 **必須**  男  女

生年月日 **必須**

メールアドレス **必須**

今回申し込む講習会名が表示されます。

#### ◆参加方法 **必須**

**ログイン** 会員登録する

講習会名 講習会 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薬剤師制度単位  希望しない

氏名 **必須** 姓  名

氏名 (フリガナ) **必須** セイ  メイ

性別 **必須**  男  女

生年月日 **必須**

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。

## ◆取得単位の選択 必須

ログイン 会員登録する

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  希望しない

氏名  姓  名

氏名 (フリガナ)  セイ  メイ

性別  男  女

生年月日

メールアドレス

「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。

## ◆氏名 必須

ログイン 会員登録する

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  希望しない

氏名  姓  名

氏名 (フリガナ)  セイ  メイ

性別  男  女

生年月日

メールアドレス

「姓」に苗字、「名」に名前を入力します。

## ◆氏名 (フリガナ) 必須

ログイン 会員登録する

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  希望しない

氏名  姓  名

氏名 (フリガナ)  セイ  メイ

性別  男  女

生年月日

メールアドレス

「セイ」に苗字カタカナ、「メイ」に名前カタカナを入力します。

## ◆性別 必須

The screenshot shows a registration form with the following fields: ログイン (Login), 会員登録する (Register), 講習会名 (Seminar Name) with a dropdown menu showing '講習会 5月', 参加方法 (Participation Method) with radio buttons for 'WEB研修会' and '日病業病院薬学認定薬剤師制度単位 希望しない', 取得単位の選択 (Selection of Credit Unit) with radio buttons for 'WEB研修会' and '日病業病院薬学認定薬剤師制度単位 希望しない', 氏名 (Name) with input fields for '姓' (Surname) and '名' (Given Name), 氏名(フリガナ) (Name in Kana) with input fields for 'セイ' (Surname) and 'メイ' (Given Name), 性別 (Gender) with radio buttons for '男' (Male) and '女' (Female), 生年月日 (Date of Birth), and メールアドレス (Email Address).

ご自身の性別を「男」or「女」で選択します。

## ◆生年月日 必須

The screenshot shows a registration form with the following fields: 氏名 (Name) with input fields for '姓' (Surname) and '名' (Given Name), 氏名(フリガナ) (Name in Kana) with input fields for 'セイ' (Surname) and 'メイ' (Given Name), 性別 (Gender) with radio buttons for '男' (Male) and '女' (Female), 生年月日 (Date of Birth) with a calendar icon, メールアドレス (Email Address), メールアドレス(確認) (Confirm Email Address), 電話番号 (Phone Number), 勤務先名 (Company Name), and 勤務先部署名 (Company Department Name).

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。

## ◆メールアドレス **必須**

氏名 <small>必須</small>	姓 <input type="text"/>	名 <input type="text"/>
氏名 (フリガナ) <small>必須</small>	セイ <input type="text"/>	メイ <input type="text"/>
性別 <small>必須</small>	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	
生年月日 <small>必須</small>	<input type="text"/>	
メールアドレス <small>必須</small>	<input type="text"/>	
メールアドレス (確認) <small>必須</small>	<input type="text"/>	
電話番号 <small>必須</small>	<input type="text"/>	
勤務先名 <small>必須</small>	<input type="text"/>	
勤務先部署名 <small>必須</small>	<input type="text"/>	

ご自身のメールアドレスを入力します。  
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。

## ◆メールアドレス (確認) **必須**

氏名 <small>必須</small>	姓 <input type="text"/>	名 <input type="text"/>
氏名 (フリガナ) <small>必須</small>	セイ <input type="text"/>	メイ <input type="text"/>
性別 <small>必須</small>	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	
生年月日 <small>必須</small>	<input type="text"/>	
メールアドレス <small>必須</small>	<input type="text"/>	
メールアドレス (確認) <small>必須</small>	<input type="text"/>	
電話番号 <small>必須</small>	<input type="text"/>	
勤務先名 <small>必須</small>	<input type="text"/>	
勤務先部署名 <small>必須</small>	<input type="text"/>	

上記で入力したご自身のメールアドレスをもう一度入力します。

## ◆電話番号 **必須**

氏名 <small>必須</small>	姓 <input type="text"/>	名 <input type="text"/>
氏名 (フリガナ) <small>必須</small>	セイ <input type="text"/>	メイ <input type="text"/>
性別 <small>必須</small>	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	
生年月日 <small>必須</small>	<input type="text"/>	
メールアドレス <small>必須</small>	<input type="text"/>	
メールアドレス (確認) <small>必須</small>	<input type="text"/>	
電話番号 <small>必須</small>	<input type="text"/>	
勤務先名 <small>必須</small>	<input type="text"/>	
勤務先部署名 <small>必須</small>	<input type="text"/>	

ご自身の電話番号を入力します。

## ◆勤務先名 必須

生年月日 <small>必須</small>	<input type="text"/>
メールアドレス <small>必須</small>	<input type="text"/>
メールアドレス (確認) <small>必須</small>	<input type="text"/>
電話番号 <small>必須</small>	<input type="text"/>
勤務先名 <small>必須</small>	<input type="text"/>
勤務先部署名 <small>必須</small>	<input type="text"/>
勤務先郵便番号 <small>必須</small>	<input type="text"/>
勤務先住所 <small>必須</small>	<input type="text"/>
日本病院薬剤師协会会员番号	<input type="text"/>

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 <small>必須</small>	<input type="text"/>
メールアドレス <small>必須</small>	<input type="text"/>
メールアドレス (確認) <small>必須</small>	<input type="text"/>
電話番号 <small>必須</small>	<input type="text"/>
勤務先名 <small>必須</small>	<input type="text"/>
勤務先部署名 <small>必須</small>	<input type="text"/>
勤務先郵便番号 <small>必須</small>	<input type="text"/>
勤務先住所 <small>必須</small>	<input type="text"/>
日本病院薬剤師协会会员番号	<input type="text"/>

ご自身の勤務先部署名を入力します。

## ◆勤務先郵便番号 必須

メールアドレス (確認) <small>必須</small>	<input type="text"/>
電話番号 <small>必須</small>	<input type="text"/>
勤務先名 <small>必須</small>	<input type="text"/>
勤務先部署名 <small>必須</small>	<input type="text"/>
勤務先郵便番号 <small>必須</small>	<input type="text"/>
勤務先住所 <small>必須</small>	<input type="text"/>
日本病院薬剤師协会会员番号	<input type="text"/>
<input type="radio"/> 〇〇という資格を持っていますか <small>必須</small>	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
<input type="button" value="確認"/>	

ご自身の勤務先の郵便番号を入力します。

## ◆勤務先住所

必須

A screenshot of a registration form with several input fields. The field for '勤務先住所' (Workplace address) is highlighted with a white background, indicating it is a required field. Other fields include 'メールアドレス (確認)', '電話番号', '勤務先名', '勤務先部署名', '勤務先郵便番号', '日本病院薬剤師会会員番号', and a radio button question '〇〇という資格を持っていますか' with options 'はい' and 'いいえ'. A '確認' (Confirm) button is at the bottom.

ご自身の勤務先の住所を入力します。

## ◆日本病院薬剤師会会員番号

A screenshot of a registration form similar to the one above. The field for '日本病院薬剤師会会員番号' (Japan Hospital Pharmacists Association membership number) is highlighted with a white background, indicating it is a required field. The '勤務先住所' field is now greyed out. The '確認' (Confirm) button is at the bottom.

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

A screenshot of a registration form similar to the ones above. The field for '主催者からの質問事項' (Questions from the organizer) is highlighted with a white background, indicating it is a required field. The '確認' (Confirm) button is at the bottom.

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

電話番号	0000000
勤務先名	〇〇医院
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。	
<input type="radio"/> 〇〇という資格を持っていますか ※選	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ

**確認**

「講習会参加申し込み」で各項目を確認し終わったら、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

HOME / 講習会詳細 / 講習会参加申し込み確認

情報に間違いがないことを確認の上、申し込みボ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・保持は千葉県病院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スを利用します。

講習会参加費の領収書は千葉県病院薬剤師会では発行いたしません。  
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  
「JCB」「AMEX」「VISA」「Master」「Discover」「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	〇〇医院
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
日本病院薬剤師会会員番号	
<input type="radio"/> 〇〇という資格を持っていますか	はい

**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。

※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

「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。

## ◆カード番号 必須

クレジットカード情報入力

●入力フォーム  
・※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) -- 年 (YEAR) ※お手持ちのカードと同じ情報で入力ください。

セキュリティコード  □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 一括払い

確認 キャンセル

ブラウザによる「戻る」「更新」操作は行わないでください。

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 必須

クレジットカード情報入力

●入力フォーム  
・※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) -- 年 (YEAR) ※お手持ちのカードと同じ情報で入力ください。

セキュリティコード  □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 一括払い

確認 キャンセル

ブラウザによる「戻る」「更新」操作は行わないでください。

ご自身のクレジットカードの有効期限を入力します。

- ー有効期限「月」をプルダウンで選択します
- ー有効期限「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

クレジットカード情報入力

●入力フォーム  
・※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) -- 年 (YEAR) ※お手持ちのカードと同じ情報で入力ください。

セキュリティコード  □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 一括払い

確認 キャンセル

ブラウザによる「戻る」「更新」操作は行わないでください。

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。

## ◆決済金額

クレジットカード情報入力

●入力フォーム  
・※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) -- 年 (YEAR) ※所持中のカードと同じ情報で入力ください。

セキュリティコード [ ]  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 一括払い

確認 キャンセル

ブラウザによる「戻る」「更新」操作は行わないでください。

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

クレジットカード情報入力

●入力フォーム  
・※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) -- 年 (YEAR) ※所持中のカードと同じ情報で入力ください。

セキュリティコード [ ]  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 一括払い

確認 キャンセル

ブラウザによる「戻る」「更新」操作は行わないでください。

一括払いのみです。

## 2. 「確認」ボタンを押す

クレジットカード情報入力

●入力フォーム  
・※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) -- 年 (YEAR) ※所持中のカードと同じ情報で入力ください。

セキュリティコード [ ]  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 一括払い

確認 キャンセル

ブラウザによる「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。

### 3. 確認画面にて内容の確認をする

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。

※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。



## ◆カード番号 **必須**

クレジットカード情報変更

●更新フォーム  
※のついた項目は入力必須になります。

金銭済み | カード番号 4123 1234 5678 9010  
カード有効期限 12月 28年

カード番号 ※

カード有効期限 ※  月 (MONTH)  年 (YEAR) ※手持ちのカードと同じ情報で入力ください。

セキュリティコード   セキュリティコードについて

確認 キャンセル

ブラウザによる「戻る」「更新」操作は行わないでください。

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 **必須**

クレジットカード情報変更

●更新フォーム  
※のついた項目は入力必須になります。

金銭済み | カード番号 4123 1234 5678 9010  
カード有効期限 12月 28年

カード番号 ※

カード有効期限 ※  月 (MONTH)  年 (YEAR) ※手持ちのカードと同じ情報で入力ください。

セキュリティコード   セキュリティコードについて

確認 キャンセル

ブラウザによる「戻る」「更新」操作は行わないでください。

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

クレジットカード情報変更

●更新フォーム  
※のついた項目は入力必須になります。

金銭済み | カード番号 4123 1234 5678 9010  
カード有効期限 12月 28年

カード番号 ※

カード有効期限 ※  月 (MONTH)  年 (YEAR) ※手持ちのカードと同じ情報で入力ください。

セキュリティコード   セキュリティコードについて

確認 キャンセル

ブラウザによる「戻る」「更新」操作は行わないでください。

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。

