

# 調剤アシスト研修 お申し込み方法 [クレジットカード決済]

## ◇仮登録

下記URLより仮登録をしてください。

申込URL：<https://secure.nippon-pa.org/d-assist/entry/>

### 調剤アシスト研修お申込み

#### メールアドレス仮登録

お申込みにあたって、まずはメールアドレスの仮登録が必要です。  
ご入力頂いたメールアドレス宛に、研修受講申込フォームのURLを通知いたします。  
仮登録のメールから、研修受講申込フォームへお進み下さい。  
**迷惑メール設定などで受信制限をされている方は「nippon-pa.org」を受信出来るよう設定してください。**

メールアドレス

(確認用)

送信

※e-ラーニングのID、パスワード等お送りをするアドレスになりますので、個人様のメールアドレスにてお申し込みください。  
1つのメールアドレスにつき、1名様のご登録になります。

◆仮登録でご入力頂いたメールアドレス宛に、研修受講申込フォームのURLを通知いたしますので  
下記の ◇**本登録申込** に従って詳細情報を入力し、登録を完了してください。

## ◆本登録申込

◆申込み画面に沿って必須項目を入力してください。

調剤アシスト研修お申込み

お申込み情報ご入力後に決済ページへ進みます。  
お手元にクレジットカード情報をご用意の上、お手続きください。  
クレジットカード決済後の返金は致しませんので、ご確認の上お申込をお願い致します。

氏名	<input type="text"/>	※姓と名の間に全角スペースを入れてください ※姓をフリガナで入力してください ※フリガナに旧字体で氏名の記載をご希望される方は、ご登録完了後に事務局までメールにてご連絡ください
フリガナ	<input type="text"/>	※全角カタカナでご入力ください
生年月日	↓選択 ↓年 ↓選択 ↓月 ↓選択 ↓日	
性別	<input type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性	
自宅住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>	※半角でご入力ください
郵便番号	<input type="text"/>	
市区町村	<input type="text"/>	
番地等	<input type="text"/>	
建物名等	<input type="text"/>	※英数字は半角でご入力ください
電話番号	<input type="text"/>	※ハイフンなしでご入力ください
勤務先業種名	<input type="text"/>	※本邦勤務の場合は本邦名称を記入して下さい ※海外勤務している方は空欄でもおすすみください
勤務先薬局所在地	選択してください ↓	※本邦勤務の場合は本邦所在地を記入して下さい ※海外勤務している方は空欄でもおすすみください

## ◆会社名選択

会員企業に所属する方と非会員企業の方とでは、ご登録項目・費用が異なります。

会員企業かどうかの確認は、下記のリンクからお調べください。

※日本保険薬局協会会員一覧

<https://secure.nippon-pa.org/fullmember/du.cgi/list.html?type=1>

## 会員企業に所属する方の場合

①会社（法人）名から会社を選択するをクリック。

The screenshot shows a form titled '会社(法人)名' (Company Name). It features a dashed box containing the text '選択している会社 未選択' (Selected company: Not selected) and a '選択解除' (Cancel selection) button. Below this, a red-bordered box contains the instruction: '会社名に誤りがないかご確認の上、会社名を選択するのボタンを押してください。' (Please confirm the company name is correct and click the 'Select company' button). The '会社を選択する' (Select company) button is highlighted with a red box. At the bottom, there are additional instructions: '※上記に勤務中の会社がない場合は下記の「その他の会社」に入力して下さい' (If no company is listed above, please enter it in 'Other companies') and '※会員・非会員のお間違いについての返金は致しかねます。' (We cannot refund mistakes by members/non-members).

②会社選択のポップアップが出るので、自社の会社名を選択

The screenshot shows a '会社選択' (Company Selection) popup window. It has a title bar with a close button (X). The main text says '所属する会社を選択してください' (Please select the company you belong to). Below this, there are tabs for 'あ行' (A), 'か行' (Ka), 'さ行' (Sa), 'た行' (Ta), 'な行' (Na), 'は行' (Ha), 'ま行' (Ma), 'や行' (Ya), 'ら行' (Ra), and 'わ行' (Wa). Under the 'あ行' tab, there are three buttons: '株式会社●●' (Inc. ●●), '有限会社◆◆' (Ltd. ◆◆), and '株式会社▲▲' (Inc. ▲▲).

③選択した会社名が間違いないか確認の上お進みください。

## 非会員企業に所属する方の場合

①会社（法人）名（その他）の欄に会社名をご入力してください。

※会社住所 会社電話番号は任意項目です。

The screenshot shows a form for non-members. The '会社(法人)名(その他)' (Company Name (Other)) field is highlighted with a red box and contains the instruction: '※現在勤務していない方は空欄でおすすめください' (For those not currently employed, please leave blank and recommend). Below this are fields for '会社住所 郵便番号' (Company Address Postcode), '都道府県' (Prefecture), '市区町村' (City/Town/Village), '番地等' (Address), '建物名等' (Building Name), and '会社電話番号' (Company Phone Number). Each field has a corresponding input box and a note: '※半角でご入力ください' (Please enter in half-width), '※英数字は半角でご入力ください' (Please enter in half-width alphanumeric), and '※ハイフンなしでご入力下さい。' (Please enter without hyphens).

会員・非会員のお間違いについての返金は致しかねます。ご注意ください。

◆メールアドレスを確認し、パスワードを設定ください。

仮登録時にご入力いただいたメールアドレスは、  
このサイトのマイページ用ログインIDとして使用します。  
マイページ用のログインパスワードを設定してください。

メールアドレス	<input type="text"/>
パスワード	<input type="password"/>
	<input type="text"/> (確認用)

※英数字含む6文字以上

◆調剤アシスト研修の実施要領を確認の上、内容同意にチェック後、確認ボタンをクリックして確認を行ってください。

調剤アシスト研修に係る研修実施要領

プライバシーポリシー

- 日本保険業同協会（以下当協会）は、本人から個人情報を収集する場合、収集目的を明らかにし、同意を  
求めるものとする。また、収集目的以外に利用することはない。本人の同意なく第三者に個人情報を提供  
することはない。
- 当協会は、個人情報への不正アクセス、個人情報の紛失、破壊、改ざん、及び漏えい等を予防するため、  
合理的な安全対策を講じるとともに必要な是正処置を講じる。
- 当協会は、個人情報の保護に関する法律や関連法規、及びその他の規程を遵守する。
- 当協会は、個人情報の取り扱いについて法律や環境の変化あるいは組織の変化に応じて、コンプライア  
ンスプログラムを見直す。

調剤アシスト研修に係る研修実施要領を確認の上、内容について同意する

確認

◆ご記入内容を確認後、[登録する]を押して登録完了となります。

調剤アシスト研修お申込み

支払金額	2,200円(税込)
氏名	■■■■■
フリガナ	■■■■■
生年月日	■■■■■
性別	■■■
自宅住所	■■■■■ ■■■■■
電話番号	■■■■■
勤務先業種名	株式会社
勤務先業種所在地	
会社(法人)名	株式会社■■■■■
会社(法人)名(その他)	
会社住所	
会社電話番号	

決済ページへ進む

戻る

※必ずご確認ください※

支払金額をご確認のうえ  
決済ページへ進んでください。

会員価格 2,200 円 (税込)

非会員価格 3,300 円 (税込)

## ◇決済ページ画面

※ご本人様以外のクレジットカード名義でも問題ございません。

①金額を確認しお支払方法 クレジットカードを選択、進む をクリック

調剤アシスト研修 支払方法選択

お支払方法の選択 > 必要事項を記入 > お支払手続き完了

お支払

お品代	2,000円
税送料	200円
お支払合計	2,200円

お支払方法をお選びください。

クレジットカード

進む

ブラウザの戻るボタンや別タブで開いた場合、重複購入になる場合があるためご注意ください  
(iPhoneの場合2本指タップでも別タブになる場合があります)

<< キャンセルして戻る

②クレジットカード決済の必要事項をご記入ください。  
ご記入内容を確認後、決済する をクリック

調剤アシスト研修 お支払手続き

必要事項を記入 > お支払手続き完了

クレジットカード決済の必要事項をご記入ください。

お支払い方法  選択してください

カード番号

カード有効期限 01月23年

セキュリティコード

決済する

ご利用内容

お品代	2,000円
税送料	200円
お支払合計	2,200円

ブラウザの戻るボタンや別タブで開いた場合、重複購入になる場合があるためご注意ください  
(iPhoneの場合2本指タップでも別タブになる場合があります)

<< キャンセルして戻る

◆ご登録完了

ご登録メールアドレスにNPhA調剤アシスト研修 受講確認通知（確認メール）が自動で送られます。

こちらの案内に沿って受講を進めてください。

万一届いていない場合は、「迷惑メール」フォルダをご確認ください。