

検体測定室検索マップ掲載申込書(常設)

下記の通り、検体測定室検索マップへの掲載を申込みいたします。以下の情報を、検索マップで公開してください。

検体測定室名【必須】	ふりがな				検体測定室届出番号【必須】 (厚労省からの通知書に記載されています)				
店舗名(薬局名)【必須】	ふりがな								
住所【必須】	〒								
連絡先【必須】	電話 :				FAX :				
	E-mail : 代表(利用者からの連絡がつくアドレスがあれば、お書きください)								
運営責任者名【必須】 <small>※ 運営責任者のうち1名以上は、当協会のユーザー会員(無料)となっていただきます。検索サイトの情報管理と、制度や情報の受取をお願いいたします。 ※ ユーザー会員の登録は別紙の登録用紙をお使いください。皆さまのご登録をお願いいたします。 ※ また、当協会の調査やアンケートについてもご協力ををお願いいたします。</small>	ご氏名			ユーザー会員登録 済・未	登録メールアドレス				
	ご氏名			ユーザー会員登録 済・未	登録メールアドレス				
	ご氏名			ユーザー会員登録 済・未	登録メールアドレス				
	ご氏名			ユーザー会員登録 済・未	登録メールアドレス				
	ご氏名			ユーザー会員登録 済・未	登録メールアドレス				
精度管理責任者名【必須】	ご氏名			ユーザー会員登録 済・未	登録メールアドレス				
測定項目・価格【必須】 <small>(当てはまるものにチェックしてください。価格については、掲載して良い場合にお書きください。複数回答可)</small>		項目	価格		項目	価格			
	<input type="checkbox"/>	血糖	円	<input type="checkbox"/>	脂質(TG・HDL-C・LDL-C)	円			
	<input type="checkbox"/>	HbA1c	円	<input type="checkbox"/>	肝機能(AST・ALT・γ-GT)	円			
営業時間 (店舗の営業時間です)	月	火	水	木	金	土	日	祝	その他
提供時間【必須】 (検体測定室のサービス提供時間です。店舗の営業時間と同じ場合は、“同じ”とお書きください)	月	火	水	木	金	土	日	祝	その他
	対応形態	<input type="checkbox"/> 予約	<input type="checkbox"/> 随時	<input type="checkbox"/> その他()					
その他測定機器 (血圧計、体組成計、骨密度計等)	[測定可能機器]				[販売機器]				
自社HP等URL	http://								
受検者へのメッセージ	例) 脂質を測定する場合には、8時間以上前から食事をとらずに測定にきてください。								

虚偽の内容があった場合は、当協会が判断して削除いたします。検体測定室の休止・廃止届を出された場合は、別途お知らせください。

薬局やドラッグストア等の店舗での開設の場合は、以下の情報もご記入ください。

一般用医薬品の販売	有 / 無	調剤	有 / 無
薬局機能情報提供制度における 公開情報	http://		

お申込内容について、ご確認の連絡をさせていただく事があります。また、マップ掲載にあたって当協会が参加する大学や研究機関等からの調査を実施する際の参加・協力相談のご連絡をさせていただく場合があります。

申込書送付先：一般社団法人 スマートヘルスケア協会

〒110-0005 東京都台東区上野三丁目7番3号 SDビル2階

電話 050-3509-7859 FAX 03-5539-3528 e-mail office@shca.or.jp