**医療関係等情報支援システム（G-MIS）に登録している**

**電子メールアドレスの使用許諾について**

これまで、地区別薬事講習会の開催案内など、千葉県から薬局へのお知らせについては、「ちば医療なび」に登録されていた電子メールアドレス宛てに送付　していたところです。

今般、「ちば医療なび」を廃止したことに伴い、今後はG-MISに登録されて　いる電子メールアドレス宛てに送付したいと考えていますが、千葉県から薬局へのお知らせなど、G-MISの利用目的以外で電子メールアドレスを使用する場合は、薬局から同意を得る必要があります。

つきましては、電子メールアドレスの使用についてご理解いただき、同意いただける場合は、以下２の方法により届出いただくようお願いいたします。

１　電子メールアドレスの使用用途について

　　下記に関することなど、千葉県から薬局へのお知らせに利用します。業務に必要な範囲でのみ利用し、同意なく第三者へ提供することはありません。

・　地区別薬事講習会に関すること

・　薬剤師届に関すること

・　新興感染症等に係る緊急のお知らせ　等

２　電子メールアドレス使用の同意について

電子メールアドレスの使用に同意いただける場合は（１）又は（２）の方法により、届出をお願いします。

（１）ちば電子申請サービス

　下記URLにアクセスし、必要事項を入力してください。

QR コード

自動的に生成された説明URL：https://apply.e-tumo.jp/pref-chiba-u/offer/offerList\_detail?tempSeq=37001

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　QRコード

（２）FAX

本様式の裏面に記載のある同意書に必要事項を記載の上、FAX送付をお願いいたします。

３　その他

本サービスの利用目的については、G-MISログイン後下部「プライバシー　　　ポリシー」内に記載があります。

【問い合わせ先】千葉県健康福祉部薬務課審査指導班

メール：kusuri7@mz.pref.chiba.lg.jp

TEL：043-223-2618　 FAX：043-227-5393

（参考様式）

千葉県健康福祉部薬務課審査指導班　行

FAX番号　０４３-２２７-５３９３

**医療関係等情報支援システム（G-MIS）に登録している**

**電子メールアドレスの使用に係る同意書**

**千葉県が薬局に関するお知らせ等を送付する目的で、医療関係等情報支援　　　システム（G-MIS）に登録している電子メールアドレスを使用することについて　同意します。**

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 薬局所在地 |  |
| 薬局名 |  |
| 担当者 |  |
| 連絡先（TEL） |  |
| 連絡先（E-mail） |  |
| G-MISユーザ名 |  |

※ G-MISユーザ名が不明な場合は、空欄でも構いません。後日こちらからG-MISに登録しているメールアドレス宛てにユーザ名を送付いたします。