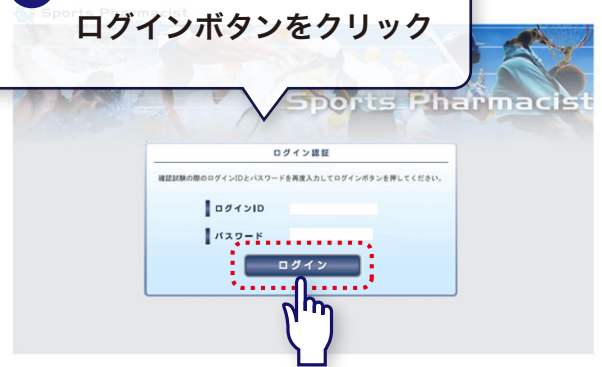


1 スポーツファーマシストHPを開き  
“受講中の方へ”内の  
「MY PAGEログイン」をクリック



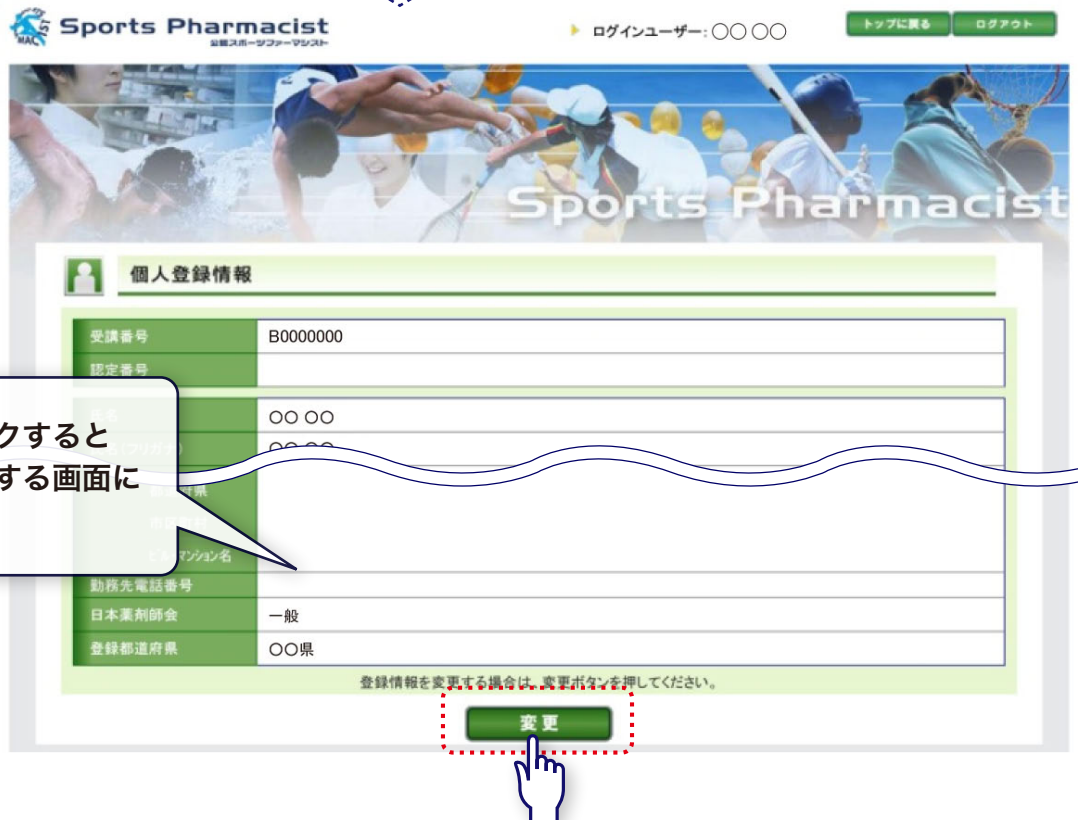
2 ID・パスワードを入力して  
ログインボタンをクリック



3 MY PAGEにログイン後、  
「個人登録情報」をクリック



4 「変更」をクリックすると  
登録情報を編集する画面に  
変わります。





個人登録情報の変更

登録情報を変更された場合は、「確定」ボタンを押してください。

姓 名 ○○ ○○  
 氏名(フリガナ) ○○ ○○ <全角カタカナ>  
 氏名(ローマ字) ○○○○ ○○○○ <半角>※へボン式ローマ字大文字で入力してください。  
 男性  女性  
 生年月日 ○○○○年○○月○○日  
 ビル・マンション名  
 電話番号※任意 <半角数字>※ - (ハイフン) なしで入力してください。  
 登録都道府県  
 日本薬剤師会会員 ※所属の都道府県薬剤師会を選択してください。  
 一般 ○○県  実務講習会受講会場を選択してください。

キャンセル 確定

COPYRIGHT©2010 Sports Pharmacist. All Rights Reserved.

5 変更する情報を入力してください。「確定」をクリックすると、変更した内容を登録できます。



個人登録情報

個人情報を変更しました。

|           |              |
|-----------|--------------|
| 受講番号      | B0000000     |
| 認定番号      |              |
| 氏名        | ○○ ○○        |
| 氏名(フリガナ)  | ○○ ○○        |
| 氏名(ローマ字)  | ○○○○ ○○○○    |
| 性別        | ○○           |
| 生年月日      | ○○○○年○○月○○日  |
| 送料送付先     | 〒○○○○○○○     |
| 都道府県      | ○○県          |
| 市区町村      | ○○市○○区○○町○○  |
| ビル・マンション名 | ○○ビル         |
| 日中連絡先電話番号 | 00-0000-0000 |
| 電話番号      |              |
| Eメールアドレス  | ○○@○○○○.com  |
| 勤務先住所     |              |
| 都道府県      |              |
| 市区町村      |              |
| ビル・マンション名 |              |
| 勤務先電話番号   |              |
| 日本薬剤師会    | 一般           |
| 登録都道府県    | ○○県          |

トップに戻る

COPYRIGHT©2010 Sports Pharmacist. All Rights Reserved.

登録完了です。  
 再度変更をしたい場合は、「トップに戻る」をクリックして①の画面に戻り、再度入力しなおしてください。