

平 30 年 5 月 吉日

各 位

(公社) 神奈川県病院薬剤師会
(公社) 神奈川県薬剤師会
(公財) 薬剤師研修センター

認定実務実習指導薬剤師養成講習会開催のご案内

拝啓

時下、先生方におかれましては益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

この度、認定実務実習指導薬剤師の認定要件の一つである標記講習会を下記のとおり開催することとなりました。ご多忙とは存じますが、ご参加賜りますようお願い申し上げます。認定実務実習指導薬剤師養成に関する内容については、日本薬剤師研修センターのホームページをご覧ください。

なお、認定実務実習指導薬剤師養成ワークショップを終えられている方は、ぜひ講習会を受講していただきますとともに、認定の申請をして頂きますようお願い申し上げます。また、他団体主催の講習会につきましては、日本薬剤師研修センターのホームページに随時掲載されておりますので、ご参照ください。なお、参加に関するお問い合わせは各主催者に直接お願いいたします。

敬具

記

1 開催日時および開催場所

開催日時 ; 平成 30 年 7 月 1 日 (日曜日) 受付開始 13 : 00 ~

14 : 00 ~ 15 : 00 講座① (定員 : 120 名)

15 : 10 ~ 16 : 10 講座② (定員 : 120 名)

16 : 20 ~ 17 : 40 講座③ (定員 : 120 名)

17 : 40 ~ 17 : 55 質疑応答

17 : 55 ~ 18 : 25 成果報告書作成 (開催当日に提出すること)

(※ 定員に達した場合にはお断りさせていただきますことを

ご了承ください)

場 所 ; 神奈川県総合薬事保健センター 3 階

横浜市磯子区西町 14-11

2 プログラムおよび講師

14 : 00 ~ 15 : 00 講座① 薬剤師の理念 [52 分]

日 本 薬 剤 師 会
会 長 山 本 信 夫

15 : 00 ~ 15 : 10 休 憩

15 : 10 ~ 15 : 35 講座②-1 平成 25 年度改訂 薬学教育モデル・コアカリキュラム [25 分]

名 古 屋 市 立 大 学
教 授 鈴 木 匡

15 : 39 ~ 16 : 10 講座②-2 薬学実務実習に関するガイドライン [31 分]

16:10~16:20 休憩

16:20~16:50 講座③-1 学生の指導（法的問題） [28分]

弁護士・薬剤師

赤羽根 秀宜

16:50~17:15 講座③-2 学生の指導（OBEに基づいた薬局実務実習の進め方） [23分]

日本薬剤師会

山田 純一

17:15~17:40 講座③-3 学生の指導

（改訂薬学教育モデル・コアカリキュラムに準拠した病院実習） [24分]

日本病院薬剤師会

石井 伊都子

17:40~17:55 質疑応答

17:55~18:25 成果のレポート作成

※講師の所属、職位はビデオ撮影当時のものです。

3 **受講料** : 会員の方は受付時に**会員証をご提示**ください。

ご提示のない場合は非会員扱いとなります。

神奈川県病院薬剤師会 会員：500円

神奈川県薬剤師会 会員：500円

日本病院薬剤師会 会員：1000円

その他 : 1500円

つり銭のないよう受講料をご用意のうえ、当日、会場受付にてお支払いください。

4 **成果結果** : 当日、成果を1講座につき250~500文字程度のレポートとして提出。

用紙は研修センターが準備したもの（当日配布）を使用し、提出されたレポートは研修センターに提出いたします。なお、評価の程度によっては、再受講を促す場合もあります。

5 **受講資格** : 認定実務実習指導薬剤師養成研修への応募資格に準ずる

1) 実務経験

薬剤師として病院又は薬局における実務経験が5年以上あること。なお、6年制の薬学教育を受けて薬剤師となった者は、当該実務経験が3年以上あれば、認定実務実習指導薬剤師養成研修を前もって受講することができるものとする。ただし、認定実務実習指導薬剤師の認定申請は、薬剤師実務経験が5年以上となつてからでなければ行うことができない。

2) 勤務状況

病院又は薬局における実務経験が受講しようとする時点において継続して3年以上であり、かつ、現に病院又は薬局に勤務していること。

6 **申込方法** ; 別紙の参加申し込み用紙に必要事項を記載し、各施設内で取りまとめのうえ、メールでお申し込みください。原則、1施設1回の申し込みとさせていただきます。

申し込み開始日 : 平成30年5月14日(月)

申し込み締切日 : 平成30年6月8日(金)

申し込み先 : 済生会神奈川県病院 薬剤科 小松 順子

j-komatsu@kanagawa.saiseikai.or.jp

<件名>7月1日参加申し込み

問い合わせ先 : 薬剤科 小松 順子

TEL 045-432-1111 (代表)

※ **神奈川県薬剤師会会員の方**で、Mail で申込みができない場合は、Tel : 045-761-3241 (神奈川県薬剤師会) にご連絡ください。

※ 定員になり次第、締切とさせていただきますことをご了承ください。

7 注意事項

- ・ 申込書は1枚につき1名、当日参加者の氏名をご記入ください。
- ・ 原則申込後の取消しはできませんが、やむを得ず欠席の場合は事前にご連絡ください。
- ・ 定員を超え、参加いただけない場合はその旨ご連絡いたします。
- ・ **駐車場はご利用いただけません。公共交通機関をご利用ください。**
- ・ **遅刻・早退、10分以上の離席の場合は受講証明書が発行されません。**

認定実務実習指導薬剤師養成講習会参加申込書

<別紙>

(申込期間 平成 30 年 5 月 14 日～平成 30 年 6 月 8 日)

※メールにファイル添付または下記内容をもれなく記載の上、お申込みください。

申し込み講座（ご希望の講座に○を付けてください）		
1) 講座①と②	2) 講座③	3) 講座①～③全て
《参加者》 フリガナ 氏名	《会員番号》（該当に○印をつけてください） 県病薬・県薬・日病薬・一般 会員番号： _____	
《参加者連絡先》 TEL： _____ FAX： _____ E-mail： _____	《勤務先名称》 《施設コード》 _____	
<p>会員証をご提示ください。提示のない方は受講料が 1500 円となります。</p> <p>神奈川県病院薬剤師会、神奈川県薬剤師会以外の病院薬剤師会や薬剤師会に所属されている場合は、所属されている会の名称を会員番号の欄に記載してください。</p>		

注：開催日程の変更・中止等があった場合の連絡のため、必ず連絡先のご記入をお願いいたします。

この申込書に記載された個人情報は、当研修会の受付処理以外には使用いたしません。

申込先： 済生会神奈川県病院薬剤科 小松順子

j-komatsu@kanagawa.saiseikai.or.jp

問い合わせ先： 済生会神奈川県病院薬剤科 TEL 045-432-1111（代表）