

各位

公 益 社 団 法 人
神 奈 川 県 病 院 薬 剤 師 会
会 長 高 尾 良 洋
薬 学 生 病 院 実 習 検 討 委 員 会
担 当 副 会 長 橋 本 真 也
薬 学 生 病 院 実 習 検 討 委 員 会
委 員 長 小 松 順 子

病院実務実習における問題点抽出のための調査

6 年制卒の病院薬剤師ワークショップ ～実務実習への提案～

拝啓 時下、会員の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、標記のとおりワークショップ形式の調査を開催することとなりました。
ご多忙のこととは存じますが、ご参加賜りますようお願い申し上げます。

敬具

記

- 1 **参加対象** ; 平成 25 年に 6 年制の課程を修了し神奈川県内に勤務する病院薬剤師 24 名
- 2 **開催日時** ; 平成 26 年 2 月 9 日 (日曜日)
10 : 00 ~ 16 : 30
(※ 先着順により受付いたしますが、申し込み状況により調整させていただく
ことがありますことをご了承ください)

- 3 **開催場所** ; 横浜市立大学附属市民総合医療センター 研究棟 4 階会議室
横浜市南区浦舟町 4-57(下記地図) 夜間・休日用救急外来入口よりお入りください

阪東橋駅 (横浜市営地下鉄)

- ・ 徒歩 5 分

黄金町駅 (京急本線)

- ・ 徒歩 10 分

※ 自家用車でのご来場はできませんので、公共の交通機関をご利用ください。



4 目的

5 年次病院実務実習を経験した病院薬剤師が、実習の内容を振り返り、良かった点、悪かった点の情報を共有し、実務実習への提案や後輩への助言について討議し、今後の病院実務実習のさらなる充実へ向けて提案することを目的とする。

5 **参加費** ; 会員 500 円、日病薬会員 1000 円、非会員 1500 円
※ 別途お弁当代 1000 円をお支払いいただきます。

6 **成果結果** ; 報告書を作成し HP 等で公表
※ グループワークの写真を掲載する場合があることをご了承ください。

7 **申込方法** ; E-mail にて、必要事項を記載の上お申し込みください。

申し込み開始日 : **平成 26 年 1 月 6 日 (月)**

申し込み締切日 : **平成 26 年 1 月 17 日 (金)**

申し込み先 : 横浜市立大学附属市民総合医療センター
薬剤部 佐々木 琢也 (ささき たくや)
takuya81@yokohama-cu.ac.jp

E-mail 記載方法 : **件名**
「かながわ病院薬剤師ワークショップ参加希望」

本文

- ・氏名 (ふりがな) および日病薬会員番号
- ・所属名、施設コードおよび部署名
- ・連絡先 (電話番号、内線、E-mail)
- ・実習病院 (都道府県)
- ・実習薬局 (都道府県)

問い合わせ先 : 済生会神奈川県病院
薬剤科 小松 順子
TEL 045-432-1111

- ※ 施設ごとにまとめて申込みください。申込みは 1 施設 3 名まででお願いします。
- ※ 先着順により受付いたしますが、申し込み状況により調整させていただくことがありますことをご了承ください
- ※ 日病薬会員番号および神奈川県病院薬剤師会の施設コードまたは個人賛助会員番号の記載がない場合は、非会員扱いとなりますので記載漏れのないようご注意ください。
- ※ 会員外の方で、他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記載してください。

※ 神奈川県病院薬剤師会生涯研修制度 2.75 単位の認定を受けています。