

埼 薬 第 3 2 0 号
令和元年 1 1 月 7 日

一般社団法人埼玉県病院薬剤師会
会 長 北 澤 貴 樹 様

一般社団法人埼玉県薬剤師会
会 長 鯉 渕 肇



令和元年度薬学生実務実習受入薬局講習会の開催について(通知)

本会の業務推進につきまして、日頃格別の御協力をいただき、厚くお礼申し上げます。
さて、標記講習会を下記の日程で開催いたしますので、貴会関係者に周知をお願いいたします。

本案内は、本会ホームページでも行います。

記

1. 日 時：令和元年 12 月 22 日（日） 9：30～12：00
2. 場 所：埼玉県県民健康センター 大ホール（2階）
さいたま市浦和区仲町 3-5-1 TEL048-824-4801
※駐車場の用意はございません。公共交通機関を御利用ください。
3. 内 容：①日本薬剤師会会議等の伝達事項
②グループワーク《ワールドカフェ形式》
テーマ「施設で一体化した指導環境を構築するためには」
③病院・薬局実務実習の「質の高い事例」の募集について
4. 対象者：認定実務実習指導薬剤師または学生実習に関わっている薬剤師
5. 定 員：300 名(定員に達し次第、締め切ります)
6. 受講料：

(1) 認定実務実習指導薬剤師(埼玉県病院薬剤師会会員病院)	1,000 円
(2) 埼玉県病院薬剤師会正会員	1,000 円
(3) 上記以外	3,000 円
7. 申込方法：申込用紙【別紙】に記入の上、FAX(048-827-0063)でお申し込み下さい。
当日は申込書の原紙を受付に提出してください。
8. 申込期限：令和元年 12 月 3 日（火）
9. その他：（公財）日本薬剤師研修センター認定単位 集合研修 1 単位
※研修受講シールの交付には“薬剤師名簿登録番号”が必要となります。

薬学生実務実習受入薬局講習会

一般社団法人埼玉県薬剤師会

本会の薬学生実務実習委員会では、下記のとおり講習会を開催いたします。
受講を希望される方は、右欄の申込書に記入の上、12月3日（火）までに
FAX(048-827-0063)でお申込み下さい。

なお、申し込み後にあらためて参加票等はお送り致しませんので、講習会当日
は、申込書の原紙を御持参ください。

記

日 時 令和元年12月22日（日）9：30～12：00(受付 9：00～)

場 所 埼玉県県民健康センター 大ホール（2F）
さいたま市浦和区仲町3-5-1 Tel 048-824-4801
※駐車場の用意はございませんので、公共交通機関を御利用下さい。

対 象 認定実務実習指導薬剤師または学生実習に関わっている薬剤師
※令和2年度、薬学生を受け入れる薬局の認定実務実習指導薬剤師
は、受講して下さるようお願いします。

内 容 ① 日本薬剤師会会議等の伝達事項
② グループワーク《ワールドカフェ形式》
テーマ「施設で一体化した指導環境を構築するためには」
③ 病院・薬局実務実習の「質の高い事例」の募集について

定 員 300名（定員に達し次第、締め切ります）

受 講 料	(1) 認定実務実習指導薬剤師(埼玉県病院薬剤師会会員病院)	1,000円(税込)
	(2) 埼玉県病院薬剤師会会員	1,000円(税込)
	(3) 上記以外	3,000円(税込)

そ の 他 (公財)日本薬剤師研修センター認定単位 集合研修1単位

重要 研修受講シールの交付には“薬剤師名簿登録番号”が必須となります。

.....薬学生実務実習受入薬局講習会申込書（12月22日）.....

申込期限：令和元年12月3日（火）

*お申込みは、申込書1枚につき1名です。

（複数名でお申込みの際は、用紙をコピーしてください。）

*個人情報は適正に管理し、当研修会以外では使用いたしません。

区 分	<p><input type="checkbox"/>に✓をしてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 認定実務実習指導薬剤師(埼玉県病院薬剤師会会員病院)【受講料 1,000 円】 (指導薬剤師番号：_____)</p> <p><input type="checkbox"/> 埼玉県病院薬剤師会 会員【受講料 1,000 円】 (会員番号：_____) ※会員証に記載有</p> <p><input type="checkbox"/> 上記以外【受講料 3,000 円】</p> <p>※当日、本会正会員証又は埼玉県病院薬剤師会 会員証の提示がない場合は受講料 3,000 円となりますのでご注意ください。</p>
ふりがな	
受講者氏名	
薬剤師名簿 登録番号	<p>※研修受講シールを希望する方のみ記入してください ※当日、薬剤師名簿登録番号を記載していただきます。</p> <p>第_____号</p>
勤務先名等	<p>※埼玉県病院薬剤師会会員の方は①と③を記入してください。 ※勤務先がない場合、①は記入不要です。</p> <p>①勤務先名： _____</p> <p>②所属地域薬剤師会名： _____薬剤師会</p> <p>③連絡先TEL： _____</p>

送信先FAX番号 048-827-0063

○問合せ先 埼玉県薬剤師会 業務第一課 TEL：048-827-0060