

平成 28 年 10 月 吉日

認定実務実習指導薬剤師 各位

(一社) 埼玉県病院薬剤師会
実習教育委員会
委員長 真壁 秀樹

「平成 28 年度 関東地区調整機構主催
認定実務実習指導薬剤師のためのアドバンスワークショップ」
受講について

謹啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、改訂コアカリキュラムの下での円滑な実習実施のため、認定実務実習指導薬剤師の再養成が必要となっております。従って、「平成 28 年度 関東地区調整機構主催認定実務実習指導薬剤師のためのアドバンスワークショップ」を明治薬科大学主催で、下記の通り開催する運びとなりました。（尚、受講者には、関東地区調整機構より受講証が発行されます。）

日頃から認定実務実習指導薬剤師としてご活躍頂いております先生方に受講いただきたくお願い申し上げます。今回は、9 名の受講者を募集いたします。受講希望の先生は、「認定実務実習指導薬剤師のためのアドバンスワークショップの受講希望」の欄に必要事項を記載の上、事務局宛に FAX していただきますようお願いいたします。応募者多数の場合は先着順とさせていただきます。

謹白

記

- ① 名 称： 平成 28 年度 関東地区調整機構主催
認定実務実習指導薬剤師のためのアドバンスワークショップの
開催について
- ② 日 時： 12 月 11 日（日） 10：00～18：00（予定）
- ③ 場 所： 明治薬科大学
- ④ 内 容： モデル・コアカリキュラムの改訂に伴う新ワークショップと同等
の内容（参加無料）
- ⑤ 参加者： 1) 認定実務実習指導薬剤師の病院薬剤師
2) 改訂モデルコアカリキュラムによる実習の実施に関わる可能性の高い方

(一社) 埼玉県病院薬剤師会
事務局 御中

認定実務実習指導薬剤師のための

アドバンストワークショップの受講希望 (1 2 / 1 1)

申込年月日	平成 年 月 日		
連絡責任者			
当日連絡先 E-Mail (本人) 携帯 (本人) 施設の TEL FAX			
病院名(病床数)	(床)		
病院所在地	〒		
薬剤部門責任者名			
実習生受け入れ状況 過去人数	無 有 ()		
受講者認定実務実習 指導薬剤師認定番号			
受講希望者	氏 名 (ふりがな)		出身大学 備考
	年齢	性別	

FAX 048-776-9386