

各 位

一般社団法人三重県薬剤師会
会 長 西 井 政 彦

2 0 1 9 年 度 健 康 サ ポ ー ト 薬 局 に 係 る 研 修 会 の 開 催 に つ い て

平素は、本会の活動にご理解ご協力をいただき厚くお礼申し上げます。
さて、みだしの研修会を下記日程にて開催しますので、ご案内申し上げます。
この研修会は、A 研修・B 研修の両方の受講が可能な方の申込でお願いいたします。
なお、1 薬局で複数のお申し込みが可能です。

記

研 修	研修 A (健康サポートのための他職種連携研修会)	研修 B (健康サポートのための薬剤師の対応研修会)
日 時	2 0 1 9 年 5 月 1 2 日 (日) 1 3 : 0 0 ~ 1 7 : 1 0	2 0 1 9 年 6 月 9 日 (日) 1 3 : 0 0 ~ 1 7 : 4 5
場 所	三重県薬剤師会館 (津市島崎町 3 1 1)	
受講料	会員 : 1,000 円 / 非会員 5,000 円 研修 A・B 毎に出席時、500 円 (2,500 円) をお支払いいただきます。	
申込等	別紙 (2019 年度健康サポート薬局に係る研修申込書) により県薬事務局宛 FAX 059-225-4728 にてお申し込み下さい。 県薬 HP トップページからも申し込みができます。 定員 : 80 名 申込期限 : 4 月 25 日 (木) ※受講の可否については、5 月 7 日 (火) にハガキを発送して、お知らせいたします。	
備考	本研修は、薬局が「医薬品、医療機器等法」に規定される「健康サポート薬局」 である旨の表示を行うにあたり、常駐する薬剤師の資格要件として受講を義務づけ られている研修会です。 研修 (A・B) と日本薬剤師会の e ラーニングを受講後、速やかに健康サポート薬局 研修修了証を申請していただくことが必要です。	

2019年度 健康サポート薬局に係る研修（研修会 A・B） 申込書

申込日 2019年4月 日

一般社団法人三重県薬剤師会
会長 西井 政彦 様

※ 申込書に不備がある場合、受付できませんのでご注意ください。

受講番号	※実施機関記入
------	---------

(フリガナ) 申込者氏名		薬剤師登録番号	第 号
		登録年月日	昭和 年 月 日 平成
<input type="checkbox"/> 日本薬剤師会会員(1,000円・税込)		<input type="checkbox"/> 非会員(5,000円・税込) 〔研修会 A・B 参加費及び証明書発行手数料を含む〕	
薬局名			
薬局所在地	〒 _____		
薬局 TEL/FAX	TEL		FAX

重要 必ずご記入ください。

本研修会は、健康サポート薬局の届出を前提に資格要件を取得していただくために開催するものです。受講定員に限りがあるため、以下の質問に正確にお答えください。なお、その回答内容により受講をお断りする場合があります。

- ① 受講される方は通算 5 年以上の薬局での勤務経験があるか？
- 有 無
- ② 健康サポート薬局の基準(厚生労働省告示第 29 号)に対応しているか？ 今後速やかに対応できるか？
- 有 無
- ③ 知識習得型研修(日薬 e-ラーニング)を速やかに受講後、早期に日本薬剤師研修センターへ修了証発行申請を行い、三重県へ届出を行うことができるか。
- はい いいえ

上記のとおり、研修を申し込みます。

※ ここに記入いただいた個人情報、健康サポート薬局に係る研修会の実施の目的以外には使用いたしません。
※ 今回の研修会は日本薬剤師研修センター認定制度の単位(シール)の交付はありません。