

第 110 回 およま薬・薬連携研修会のご案内

(日本薬剤師研修センター認定予定講習会)

(日本病院薬学認定薬剤師研修会【研修番号：V-3 1単位】予定)

共催：一般社団法人小山薬剤師会

一般社団法人栃木県病院薬剤師会

アステラス製薬株式会社

謹啓 時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、この度「第 110 回およま薬・薬連携研修会」を下記の通り開催させていただきます。

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。

謹白

記

日 時：2019年7月31日(水) 19時00分~21時00分

場 所：自治医科大学医学部 教育・研究棟 1階 「大教室2」

駐車場：別紙参照

参加費：(一社)小山薬剤師会会員(無料)

上記以外のご所属のご参加の場合は、500円徴収させていただきます。

司会：一般社団法人小山薬剤師会 副会長 伊沢 泰直 先生

19:00~19:10

情報提供：「製品情報提供」

アステラス製薬株式会社

19:10~19:25

講演1：『小児肝移植における薬剤師の関わり ～TDMと服薬指導を中心に～』

自治医科大学附属病院 薬剤部 大柿 景子 先生

19:25~19:40

講演2：『保険薬局における小児用量への対応と小児剤形の必要性について』

フレンド調剤自治医大東店 薬局長 本田 泰斗 先生

19:40~21:00

講演3：『小児用経口投与製剤の設計と小児製剤開発の動向』

アステラス製薬株式会社 製剤研究所 処方設計研究室 小川 菜里奈 先生、高江 誓詞 先生

令和元年7月1日以降に開催される日本薬剤師研修センター認定講習会において、研修受講シール(以下、「研修シール」)の配布の方法が変更されたところがあります。

つきましては、ご参加希望の方は、**FAX(裏面)で7月24日(水)までにお申し込みください。**特に、**研修シールを希望される方は、『薬剤師名簿登録番号(免許番号)「以下、(免許番号)と略」**が必須になります。なお、研修シールを希望されない方は、「免許番号」の記載が不要です。研修シールをご希望の方は、受付時、芳名帳に記載されている「免許番号」をご確認ください。また、研修シール受領時、研修シールの番号をご記入ください。

事前申し込みがなく研修シールを受領される方は、当日、芳名帳に「免許番号」の記載が必要です。記載が困難な場合は、研修シールの配布をお断りいたします。

※FAXにて送りいただいた情報及びご芳名帳に関して、個人情報保護法に基づき適切に対応いたします。また、日本薬剤師研修センターへの集合研修会実施報告として利用いたします。

← 送信先 F A X : 小山薬剤師会 0285-37-8339

第 110 回おやま薬・薬連携研修会参加申し込み票

ご施設名 ()

	お名前	薬剤師名簿登録番号						会員種別	配布希望シール	
		1	2	3	4	5	6			
例	小山 太郎	第 1	第 2	第 3	第 4	第 5	第 6	号	<input checked="" type="checkbox"/> 小山薬剤師会 <input type="checkbox"/> 栃木県病院薬剤師会 <input type="checkbox"/> 上記以外	<input checked="" type="checkbox"/> 研修センター <input type="checkbox"/> 日病薬病院薬学 <input type="checkbox"/> 不要
①		第						号	<input type="checkbox"/> 小山薬剤師会 <input type="checkbox"/> 栃木県病院薬剤師会 <input type="checkbox"/> 上記以外	<input type="checkbox"/> 研修センター <input type="checkbox"/> 日病薬病院薬学 <input type="checkbox"/> 不要
②		第						号	<input type="checkbox"/> 小山薬剤師会 <input type="checkbox"/> 栃木県病院薬剤師会 <input type="checkbox"/> 上記以外	<input type="checkbox"/> 研修センター <input type="checkbox"/> 日病薬病院薬学 <input type="checkbox"/> 不要
③		第						号	<input type="checkbox"/> 小山薬剤師会 <input type="checkbox"/> 栃木県病院薬剤師会 <input type="checkbox"/> 上記以外	<input type="checkbox"/> 研修センター <input type="checkbox"/> 日病薬病院薬学 <input type="checkbox"/> 不要

注 1) 丁寧に、楷書でご記入ください。

注 2) 研修シールを受領される方は、「免許番号」の記載が必須です。なお、免許番号中、「沖」又は「外」の文字は省いて数字のみを右詰めで記載してください。また、研修シールを希望されない方は、「免許番号」の記載が不要です。

注 3) お申込み後キャンセルされる場合には必ずご連絡をお願い致します。

お車で会場にお越しになる方へ

下記の図をご参照の上、大学構内に入り、警備員に『「第110回 おやま薬・薬連携研修会」に参加する。』旨、申し出てください。警備員が指示した駐車スペースをお願い致します。

なお、大学構内では、制限速度、一時停止などにご注意いただき、車の安全運転をお願い致します。

