

## 第112回おやま薬・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 : 0.5 単位、V-2 : 0.5 単位】)

謹啓 時下ますますご清祥の段のことと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112回おやま薬・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何卒宜しくお願い申し上げます。

謹白

### 記

日 時 : 2019年9月3日(火) 19時00分~20時45分

場 所 : 小山健康医療介護総合支援センター

栃木県小山市神鳥谷 2251-7 TEL : 0285-23-1111

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。

19:00 ~ 19:45 (V-3 : 0.5 単位)

「 関節リウマチの病態と高齢リウマチ患者に対する治療の傾向と特徴 」

演 者 : 自治医科大学 内科学講座アレルギー膠原病学部門

講師 釜田 康行 先生

19:45 ~ 20:30 (V-2 : 0.5 単位)

「 ガイドラインに基づいた関節リウマチの治療薬の使い方 」

演 者 : 自治医科大学 内科学講座アレルギー膠原病学部門

教授 佐藤 浩二郎 先生

ご参加希望の方は、FAX (裏面) で8月27日(火)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します。記載いただいた情報は、出席人数の把握、その他研修会の企画、運営に必要な範囲でのみ利用します。

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

ファイザー株式会社

← 送信先 F A X : 小山薬剤師会 0285-37-8339

第 112 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	2	3	4	5	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) 丁寧な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します。