

第115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演会)

(日病薬病院薬学認定薬剤師研修会【研修番号：V-3 0.5単位、II-5 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115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お願い申し上げます。

謹白

記

【日時】2019年11月26日(火)19:00～20:40

【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:0285-27-0500

【参加費】一般社団法人小山薬剤師会会員(無料)
上記以外のご所属の方のご参加の場合は、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

【情報提供】19:00～19:10 「ロソーゼット配合錠について」 MSD株式会社

【講演1】 19:10～19:55 (V-3 0.5単位)

座長 新小山市民病院 副院長 診療部長 循環器内科主任部長 大谷 賢一 先生

『 循環器内科医から診た脂質管理の重要性
～高齢社会を踏まえて～ 』

演者 自治医科大学 内科学講座循環器内科学部門 講師 高橋 政夫 先生

【講演2】 19:55～20:40 (II-5 0.5単位)

座長 自治医科大学附属病院 薬剤部 荒川 昌史 先生

『フォーミュラリの作成と運用について』

演者 新座病院 薬剤科 主任 金井 紀仁先生

ご参加希望の方は、FAX(裏面)で11月20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。

当日は軽食をご用意させていただいております。

*FAXにてお送りいただいた情報及び芳名帳に関して、個人情報保護法に基づき適切に処理いたします。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。

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/MSD株式会社

← 送信先 F A X : 小山薬剤師会 0285-37-8339

第 115 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					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。