

第 114 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：Ⅲ-2 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

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 114 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 10 月 30 日（水）19 時 00 分～20 時 45 分

場 所：自治医科大学医学部 教育・研究棟 1 階 「大教室 1」

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

19：00～19：15

報告：『保険薬局でも有効活用・とちまるネット導入の実例紹介』

株式会社ピノキオ薬局 店舗運営事業部 ブロック長 加藤 誠一 先生

19：15～20：45

講演：『慢性心不全の地域連携－薬剤師が知っておくべきポイント－』

千葉大学大学院薬学研究院 分子心血管薬理学 教授 高野 博之 先生

ご参加希望の方は、FAX（裏面）で 10 月 23 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。

最後に、軽食の準備はございませんので、予めご了承ください。

※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。

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114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にお願い致します。

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。



← 送信先 F A X : 小山薬剤師会 0285-37-8339

第 114 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。