

2014年11月吉日

山梨県病院薬剤師会 会員施設
薬剤部門の長 各位

山梨県病院薬剤師会
会長 小口 敏夫

第16回・17回『認定実務実習指導薬剤師』養成講習会
(講座ア、イ、ウ、オ)開催のお知らせ

拝啓 時下、益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、このたび、第16回および第17回の『認定実務実習指導薬剤師』養成講習会(DVD講習)を 2015年1月24日(土)(於：山梨大学医学部附属病院) および 2月14日(土)(於：山梨県立中央病院) に開催いたします。講習内容は日本薬剤師研修センターの認定申請要件(註)となる講座4講座ア、イ、ウ、オで、参加費は無料です。

つきましては、貴施設所属の薬剤師の皆様に別紙1、2をご案内ください。受講希望者には、別紙3(参加申込書)にて莊司智和(山梨大学医学部附属病院)宛てのファクス(055-273-6672)またはメール(tshohji@yamanashi.ac.jp)でお申込みいただきますようお願いいたします。申し込み締め切り日は2014年12月12日(金)です。代理受講および当日参加はできませんのでご注意ください。

敬具

(註)『認定実務実習指導薬剤師』の認定要件については、日本薬剤師研修センター(<http://www.jpec.or.jp/contents/c23/index.html>)でご確認下さい。

記

<認定申請の要件となる4講座>

ア.「学生の指導方法について」

イ.「薬剤師の理念について」

ウ.「実務実習モデル・コアカリキュラムについて」

オ.「参加型実務実習の実施方法について」

第 16 回『認定実務実習指導薬剤師』養成講習会

開催日時：2015 年 1 月 24 日（土） 12 時 30 分～（12 時より受付開始）

主 催：山梨県病院薬剤師会

共 催：（財）日本薬剤師研修センター

参加費：無料（定員 50 名）

場 所：山梨大学医学部附属病院 管理棟 3 階 大会議室

所在地：〒409-3898 中央市下河東 1110

連絡先：055-244-1111

担 当：莊司智和、寺島朝子

【プログラム】

12:00～	受付開始
12:30～14:30 (14:30～14:40)	講座ア 「学生の指導方法について」 休憩
14:40～15:40	講座イ 「薬剤師の理念について」
15:40～16:40	講座ウ 「実務実習モデル・コアカリキュラムについて」
16:40～17:10	講座オ 「参加型実務実習の実施方法について」
17:10～18:00	成果報告書の作成

第17回『認定実務実習指導薬剤師』養成講習会

開催日時：2015年2月14日（土） 9時30分～（9時より受付開始）

主催：山梨県病院薬剤師会

共催：（財）日本薬剤師研修センター

参加費：無料（定員50名）

場所：山梨県立中央病院 2階 看護研修室

所在地：〒400-8506 山梨県甲府市富士見1丁目1番1号

連絡先：055-253-7111

担当：輿水 涼子

【プログラム】

9:00～ 受付開始

9:15～11:15 講座ア 「学生の指導方法について」

(11:15～11:25 休憩)

11:25～12:25 講座イ 「薬剤師の理念について」

12:25～13:25 講座ウ 「実務実習モデル・コアカリキュラムについて」

13:25～13:55 講座オ 「参加型実務実習の実施方法について」

13:55～15:00 成果報告書の作成

第16回・17回『認定実務実習指導薬剤師』養成講習会 参加申込書

下記に、ご所属、氏名、薬剤師名簿登録番号（薬剤師免許証番号）を明記のうえ、受講する講座すべてに○をつけてください。1枚に3名まで記入できます。記入欄が足りない場合は、参加申込書（別紙3）を複写してご利用ください。

参加申込書は、2014年12月12日（金）までに、山梨大学医学部附属病院薬剤部 荘司智和宛に Fax(055-273-6672)またはメール(tshohji@yamanashi.ac.jp)でお送りください。

〔申込者1〕

所属施設名： _____

氏名： _____

薬剤師名簿登録番号： _____

受講希望講座（該当する講座に○を付けてください）

第16回の ア ・ イ ・ ウ ・ オ

第17回の ア ・ イ ・ ウ ・ オ

〔申込者2〕

所属施設名： _____

氏名： _____

薬剤師名簿登録番号（薬剤師免許証番号）： _____

受講希望講座（該当する講座に○を付けてください）

第16回 ア ・ イ ・ ウ ・ オ

第17回 ア ・ イ ・ ウ ・ オ

〔申込者3〕

所属施設名： _____

氏名： _____

薬剤師名簿登録番号（薬剤師免許証番号）： _____

受講希望講座（該当する講座に○を付けてください）

第16回 ア ・ イ ・ ウ ・ オ

第17回 ア ・ イ ・ ウ ・ オ