

平成 30 年 4 月吉日

認定実務実習指導薬剤師 各位

(一社) 埼玉県病院薬剤師会
実習教育委員会
委員長 真壁 秀樹

「平成 30 年度 関東地区調整機構主催

認定実務実習指導薬剤師のためのアドバンスワークショップ」

受講者募集のお知らせ

謹啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、改訂コアカリキュラムの下での円滑な実習実施のため、**認定実務実習指導薬剤師の再養成が必要**となっております。従って、「平成 30 年度 関東地区調整機構主催認定実務実習指導薬剤師のためのアドバンスワークショップ」を埼玉県薬剤師会と共催で**今年度は別紙の通り 3 回開催**する運びとなりました。(尚、受講者には、関東地区調整機構より受講証が発行されます。)

日頃から認定実務実習指導薬剤師としてご活躍頂いております先生方には是非受講いただきたくお願い申し上げます。

今回は、**各回ともに 18 名の受講者を募集**いたします。受講希望の先生は下記の「平成 30 年度 関東地区調整機構主催 認定実務実習指導薬剤師のためのアドバンスワークショップ」の欄に必要事項を記載の上、事務局宛に FAX していただきますようお願いいたします。

今回は 3 開催分をまとめて募集致しますので、必ず受講を希望する日の順番をつけて下さい。

尚、参加が困難な日の場合には【×】を記載してください。参加者多数の場合には、下記に従って決めさせていただきますのでご理解頂きますよう宜しくお願い致します。また、参加が決まり次第、調整が必要な場合にはこちらからご連絡致します。

お時間の都合がつく指導薬剤師の先生方は、是非ご参加頂きますよう宜しくお願い致します。

- ①開催ごとに先着順を優先とさせていただきます。
- ②各開催で受講人数を超えてしまった場合には、第 2 希望を優先に調整致します。
- ③第 2 希望の開催が第 1 希望または先着順位が上の方の第 2 希望で参加人数に達している場合には、第 3 希望にて調整致します。
- ④受講希望が 54 名を超えた場合には、先着順に控えにまわって頂きます。
- ⑤本件についてのお問合せは以下にお願いします。

E-mail : makabe@saitama-med.ac.jp (真壁 秀樹)

申し込み締め切り日：**1 回目開催分 平成 30 年 5 月 10 日 (木) まで**
2 回目開催分 平成 30 年 9 月 21 日 (金) まで
3 回目開催分 平成 30 年 10 月 24 日 (水) まで

別紙

【1回目】

- 名 称 : 平成30年度 関東地区調整機構主催
認定実務実習指導薬剤師のためのアドバンストワークショップ
- 日 時 : 平成30年6月10日(日) 9:00~18:00(時間は予定)
- 場 所 : 日本薬科大学
- 募集人数 : 18名
- 内 容 : モデル・コアカリキュラムの改訂に伴う新ワークショップと同等の内容
- 参加者 : 1) 認定実務実習指導薬剤師の病院薬剤師
2) 改訂モデルコアカリキュラムによる実習の実施に関わる可能性の高い方

【2回目】

- 名 称 : 平成30年度 関東地区調整機構主催
認定実務実習指導薬剤師のためのアドバンストワークショップ
- 日 時 : 平成30年10月21日(日) 9:00~18:00(時間は予定)
- 場 所 : 明治薬科大学
- 募集人数 : 18名
- 内 容 : モデル・コアカリキュラムの改訂に伴う新ワークショップと同等の内容
- 参加者 : 1) 認定実務実習指導薬剤師の病院薬剤師
2) 改訂モデルコアカリキュラムによる実習の実施に関わる可能性の高い方

【3回目】

- 名 称 : 平成30年度 関東地区調整機構主催
認定実務実習指導薬剤師のためのアドバンストワークショップ
- 日 時 : 平成30年12月2日(日) 9:00~18:00(時間は予定)
- 場 所 : 城西大学
- 募集人数 : 18名
- 内 容 : モデル・コアカリキュラムの改訂に伴う新ワークショップと同等の内容
- 参加者 : 1) 認定実務実習指導薬剤師の病院薬剤師
2) 改訂モデルコアカリキュラムによる実習の実施に関わる可能性の高い方

(一社) 埼玉県病院薬剤師会
事務局 御中

平成 30 年度 関東地区調整機構主催

認定実務実習指導薬剤師のための

アドバンスワークショップの受講申し込み用紙

申込年月日	平成 年 月 日
受講希望者	氏 名 (ふりがな) 性別 男 女 年齢 歳 役職 生年月日 実務経験 年
受講者認定実務実習 指導薬剤師認定番号	
受講希望日 受講を希望する日の 順番をつけて下さい	(第 希望) 平成 30 年 6 月 10 日 (日) (第 希望) 平成 30 年 10 月 21 日 (日) (第 希望) 平成 30 年 12 月 2 日 (日) ※希望しない場合もしくは参加出来ない日は【×】を つけて下さい。
連絡先 E-Mail (本人) 携帯 (本人) 施設の TEL FAX	
病院名(病床数)	(床)
病院所在地	〒
薬剤部門責任者名	
実習生受け入れ状況 過去人数	無 有 ()

FAX 048-776-9386