

登録販売者受験講習会の開催について

長野県が実施する登録販売者試験は6月2日（月）から6月20日（金）まで各保健所で願書を受け付けし、8月12日（火）松本市・長野市において行われます。

この試験に多くの方々が合格されますようにと、上田薬剤師会では、下記のとおり準備講習会を開催いたしますので、受講を希望される方はお申込下さい。

（社）上田薬剤師会

1. 日時・内容

（1）Aコース

		時 間	内 容
7月1日	(火)	18:00~19:30 (90分)	第1章「医薬品に共通する特性と基本的な知識」
		19:45~21:15 (90分)	第2章「人体の働きと医薬品」
2日	(水)	18:00~19:30 (90分)	第3章「主な医薬品とその作用(1)」
		19:45~21:15 (90分)	第3章「主な医薬品とその作用(2)」
3日	(木)	18:00~19:30 (90分)	第3章「主な医薬品とその作用(3)」
		19:45~21:15 (90分)	第3章「主な医薬品とその作用(4)」
4日	(金)	18:00~19:30 (90分)	第4章「薬事関係法規制度」
		19:45~21:15 (90分)	第5章「医薬品の適正使用・安全対策」
8月3日	(日)	9:00~11:00 (120分)	模擬試験 (集合時間8:30)

（2）Bコース

		時 間	内 容
7月8日	(火)	18:00~19:30 (90分)	第1章「医薬品に共通する特性と基本的な知識」
		19:45~21:15 (90分)	第2章「人体の働きと医薬品」
9日	(水)	18:00~19:30 (90分)	第3章「主な医薬品とその作用(1)」
		19:45~21:15 (90分)	第3章「主な医薬品とその作用(2)」
10日	(木)	18:00~19:30 (90分)	第3章「主な医薬品とその作用(3)」
		19:45~21:15 (90分)	第3章「主な医薬品とその作用(4)」
11日	(金)	18:00~19:30 (90分)	第4章「薬事関係法規制度」
		19:45~21:15 (90分)	第5章「医薬品の適正使用・安全対策」
8月3日	(日)	12:30~14:30 (120分)	模擬試験 (集合時間12:00)

（3）Cコース

		時 間	内 容
7月20日	(日)	10:00~11:30 (90分)	第1章「医薬品に共通する特性と基本的な知識」
		昼休憩	
		12:30~14:00 (90分)	第2章「人体の働きと医薬品」
		14:15~15:45 (90分)	第3章「主な医薬品とその作用(1)」
21日	(月)	16:00~17:30 (90分)	第3章「主な医薬品とその作用(2)」
		10:00~11:30 (90分)	第3章「主な医薬品とその作用(3)」
		昼休憩	
		12:30~14:00 (90分)	第3章「主な医薬品とその作用(4)」
21日	(月)	14:15~15:45 (90分)	第4章「薬事関係法規制度」
		16:00~17:30 (90分)	第5章「医薬品の適正使用・安全対策」
8月3日	(日)	16:00~18:00 (120分)	模擬試験 (集合時間15:30)

2. テキスト

使用するテキストは「登録販売者試験想定問題集」（薬事日報社）です。
申し込み期間中にテキスト（4,200円）の販売をいたしますのでご希望の方はお申込み下さい。
ご希望の方は受講料と合わせて下記口座へお振込みをお願いいたします。
☆ 受講前に必ずテキストを読んできてください。

3. 申込期間

5月26日から6月13日

4. 定 員

各シリーズとも80名（定員になり次第締め切らせていただきます。）

なお、定員に満たない場合はコースの変更をお願いする場合がありますので、ご了承下さい。

5. 申 込 先

〒386-0016 上田市国分994-1（社）上田薬剤師会（TEL：0268-22-6130・FAX0268-22-6809）

6. 講 習 場 所

上田薬剤師会館3階大会議室

7. 受 講 料

50,000円

右記口座へお振込み下さい。

◎振込先：八十二銀行上田東支店（313）
普通預金 792861
社団法人 上田薬剤師会

※お願い：駐車場がありませんので、当日は公共交通機関をご利用下さいます様お願いいたします。

（しなの鉄道 信濃国分駅下車、徒歩5分）

登録販売者受験講習会申込書

登録販売者受験講習会を受講したいので、受講料を添えて申し込みいたします。

~~-(1) Aコース~~

~~-(2) Bコース~~ ~~-(希望のコースに○印をつけてください)-~~

(3) Cコース

テキスト 要 ・ 不要 (どちらかに○印をつけてください)

平成20年 月 日

住 所 〒

ふりがな

氏 名

生年月日

電 話

勤 務 先

連絡事項・受講票送付先住所

〒

社団法人 上田薬剤師会

会 長 飯 島 康 典