

健康サポート薬局研修

研修受講者募集

(一社) 上田薬剤師会
研修企画運営委員会

健康サポート薬局研修修了薬剤師認定を取得するための研修講座を開設いたしました。
研修実施機関は、(一社) 上田薬剤師会です。当会が開設する健康サポート薬局研修講座をすべて受講された方に修了証を発行いたします。

(他団体が開設する講座とは連動しておりませんのでご注意ください。)

研修要領および研修計画は当会ホームページ (<http://www.uedayaku.org/>) にてご確認ください。

なお、本研修の対象者は、以下の三項目に該当するすべての薬剤師となります。

- ① 一般用医薬品や健康食品等の適切な使用に関する助言や健康の維持増進に関する相談応需、適切な専門職種や関係機関への紹介等を適切に実施できる者
- ② 「かかりつけ薬剤師・薬局の基本的機能について」(健康サポート薬局のありかたについて 平成 27 年 9 月 24 日 健康情報拠点薬局(仮称)のあり方に関する検討会)に記載された かかりつけ薬剤師としての役割を果たせる者
- ③ 薬局において、薬剤師として 5 年以上の実務経験がある者

ただし、上記三項目に該当しない薬剤師であっても、修了証の発行を希望しない場合には研修へ参加できます。

研修受講者の募集期間は下記の通りです。

平成 28 年 12 月 12 日から平成 28 年 12 月 28 日

受講を希望される方は、受講申込書(HP 参照)に必要事項をご記入の上、受講料を納付し、下記連絡先まで FAX またはメールにて申し込みをお願いします。

連絡先 〒386-0016 長野県上田市国分 994-1

一般社団法人 上田薬剤師会

TEL 0268-22-6130

FAX 0268-22-6809

E-mail honkai@uedayaku.org;

平成 28 年度 健康サポート薬局研修 受講申込書

申請日 年 月 日

ふりがな		
氏名：	生年月日： 年 月 日	性別：
住所： 〒 — —		
都道 府県	市区 町村	
電話番号：(自宅) — —	(FAX) — —	
(携帯) — —		
メールアドレス：		
勤務先：		
(電話番号 — —)		
卒業大学・卒業年度：	大学名	卒業年度 年
薬剤師免許登録年月日：		
薬局薬剤師実務経験（5年以上）実績職歴：		
<p>受講料の納付</p> <p>下記金額の払込受領証コピーを添付してください。</p> <p style="text-align: center;">受講料：21,000 円（14 講座分受講料）（上田薬剤師会会員は 14,000 円）</p> <p>振込先</p> <p>八十二銀行 上田東支店 普通口座 7 9 2 8 6 1</p> <p>一般社団法人 上田薬剤師会</p>		

送付先

（一社）上田薬剤師会 研修企画運営委員会

FAX0268-22-6809/E-mail honkai@uedavaku.org