

# 在宅医療推進 ステップアップ講習会の開催について

一般社団法人埼玉県薬剤師会  
会長 鯉 淵 肇

## step 5 「緩和ケアを学ぶ」



埼玉県薬剤師会では、「緩和ケアを学ぶ」をテーマに講習会を開催いたします。  
受講資格を確認の上、受講を希望される方は、右記申込票に必要事項を記入し、  
2月6日（火）【厳守】までに本会あてFAXでお申し込みください。

なお、お申込み後、あらためて受講票等はお送りいたしませんので、講習会当日は、必ず受講申込書の原紙を御持参ください。

在宅医療に携わると、緩和ケアは必須となります。今後のために、是非受講してください。

### 記

#### 1 日時・会場等

平成30年2月18日（日）13:20~17:00（受付／12:45~）  
さいたま市民会館おおみや 小ホール 【定員】400名（先着順）  
<http://www.saitama-culture.jp/omiya/access.html>

#### 2 内容

- ①緩和ケアの考え方 ②病態と薬剤選択について
- ③地域薬局薬剤師の関わり（症例発表）

—終末期におけるオピオイド使用事例—

※上記①②は、平成27年度、28年度の内容と重複しますので御了承ください。なお、③のみの受講は御遠慮ください。

#### 3 受講料・受講資格等

埼玉県からの受託事業により、当講習会は受講料無料です。対象者は、在宅患者訪問薬剤管理指導の届出をしている薬局に勤務する薬剤師となります。

#### 4 その他

（公財）日本薬剤師研修センター認定集合研修2単位（予定）  
ただし、受講シールは、上記2①~③全てを受講した方にのみ交付します。

## <受講申込票>

申込期限：平成30年2月6日（火）【厳守】

該当する□に✓を入れてください。

区分	<input type="checkbox"/> 埼玉県薬剤師会正会員 <input type="checkbox"/> 埼玉県薬剤師会正会員のいる薬局に勤務 <input type="checkbox"/> 上記以外
氏名	
薬局名等	薬局名： _____ 〔地域薬剤師会名： _____ 薬剤師会〕 TEL _____ FAX _____
確認事項	<input type="checkbox"/> 在宅患者訪問薬剤管理指導の届出を行った薬局に勤務している 【受理番号 _____】

送信先FAX番号 048-827-0063（埼玉県薬剤師会）

【問い合わせ先】埼玉県薬剤師会 業務第一課 TEL 048-827-0060