

等  
学校薬剤師講習会 

埼玉県薬剤師会では、2020年東京オリンピック、パラリンピックの開催を見据え、標記の講習会を開催いたします。

受講を希望される方は、右記申込票に必要事項を記入し、平成31年1月18日(金)【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、必ず受講申込票の原紙を御持参ください。

記

1 日時・会場等

平成31年2月3日(日) 13:30~17:00【予定】(受付/13:00~)

埼玉県県民健康センター 大ホール 【定員】500名(先着順)

<http://www.saitama.med.or.jp/center/map.html>

2 対象 学校薬剤師、薬剤師、その他

3 内容(予定)

①アンチドーピングについて

日本薬科大学 薬学科 臨床薬学分野 教授 中島 孝則 先生

②くすり教育について (一社)埼玉県薬剤師会

③薬物乱用防止教育について

国立精神・神経医療研究センター 心理社会研究室長 嶋根 卓也 先生

④地域における学校薬剤師活動について(発表)

4 受講料

埼玉県薬剤師会正会員(A・B) 2,000円(税込)

上記以外の方 4,000円(税込)

5 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(申請予定)

<受講申込票>

申込期限：平成31年1月18日(金)【厳守】

該当する□に✓を入れてください。

会員区分	<input type="checkbox"/> 会員(受講料2,000円) 会員証提示のこと <input type="checkbox"/> 会員外(受講料4,000円)
確認事項	1. <input type="checkbox"/> 学校薬剤師(担当校: _____) 2. <input type="checkbox"/> 上記1以外の薬剤師 3. <input type="checkbox"/> その他( _____ )
氏名	
連絡先	勤務先 _____ TEL _____ FAX _____ 自宅の方は、勤務先欄に「自宅」と記載してください。 [地域薬剤師会名: _____ 薬剤師会]
備考	確認事項2の方のみ、該当する方は□に✓を入れてください。 <input type="checkbox"/> 機会があれば、学校薬剤師の仕事をしたい(関心がある)

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