

平成31年2月22日

山形県病院薬剤師会
会長 羽太 光範 様

病院・薬局実務実習東北地区調整機構
委員長 小笠原 恵子
一般社団法人 秋田県薬剤師会
会長 大越 英雄
秋田県病院薬剤師会
会長 南 雲 徳昭
(公印省略)

第58回東北地区認定実務実習指導薬剤師養成ワークショップの開催に
ついて (通知)

時下 ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、このたび標記ワークショップを別紙開催要項のとおり秋田県総合保健センター
を会場に開催いたします。

つきましては、貴会より受講者として 1名 をご推薦くださいますようお願い
いたします。推薦者がいない場合も、ご連絡くださいますようお願いいたします。

準備の都合上、参加申込書に必要事項をご記入のうえ (参加者本人署名あり)、3月
22日 (金) までにFAXにてご報告くださいますようお願い申し上げます。

なお、貴会からの推薦者でビデオ講習が未受講の場合は、できるだけWS前にビデオ
講習を受講していただきますようお願い申し上げます。

秋田県では4月14日 (日) にWS会場と同一館内にてビデオ講習会を開催します。
詳細は秋田県薬剤師会ホームページに掲載いたします。

(事務担当：秋田県薬剤師会事務局 長谷川 電話 018-833-2334 FAX 018-835-2576)

第58回東北地区認定実務実習指導薬剤師養成ワークショップ 開催要項

1. 日 程 2019年5月11日(土)・12日(日)
時間(予定)
5月11日(土) 8:30~20:30頃
*情報交換会を含む(認定要件に含まれています)
5月12日(日) 8:30~18:00頃
2. 会 場 秋田県総合保健センター 2階 大会議室
〒010-0874 秋田県秋田市千秋久保田町6-6
TEL:018-833-2334 FAX:018-835-2576
URL:<http://www.akiyaku.or.jp/>
3. 主 催 共同主催者:一般社団法人薬学教育協議会
実施主催者:病院・薬局実務実習東北地区調整機構
一般社団法人 秋田県薬剤師会
秋田県病院薬剤師会
4. 参加者(予定) 総数 30名
〔 薬剤師会より 15名(秋田県、青森県、岩手県、宮城県、山形県より)
病院薬剤師会より 12名(秋田県、青森県、岩手県、山形県より)
東北地区各大学より 3名 〕
5. 参加費 参加者1名につき 40,000円
資料代、昼食代、情報交換会費として
(注)それぞれに内訳の金額はございません
後日、貴会宛に請求書をお送りいたします。
6. 宿 泊 各自で手配願います。開始時間が早いため遠方の方は前泊をお勧めします。
秋田駅前近辺が会場の最寄りです。
※WS当日は県内イベント開催のため、ホテルの予約が混雑することが
予想されますのでお早めにご手配ください。
7. 連絡先 一般社団法人 秋田県薬剤師会 ワークショップ担当:長谷川
〒010-0874 秋田県秋田市千秋久保田町6-6
TEL:018-833-2334 FAX:018-835-2576
E-mail:ws-akita@akiyaku.or.jp

認定実務実習指導薬剤師養成ワークショップ(薬学教育者ワークショップ)
参加申込書 (第58回 秋田県)

認定実務実習指導薬剤師になるには、基本的素養(1)を有し、また実務経験及び勤務状況等について所定の要件(2)を満たすことが求められています。

下記要件を満たしていることをご確認のうえ、チェックしてください。

(1)基本的素養

認定実務実習指導薬剤師は次の素養を有する者とする。

- 十分な実務経験を有し薬剤師としての本来の業務を日常的に行っている。
- 薬剤師を志す学生に対する実習指導に情熱を持っている。
- 常日頃から職能の向上に努めている。
- 実習の成果について適正な評価ができる。
- 認定取得後も継続的かつ日常的に薬剤師実務に従事する見込みがある。
- 実務実習生の受け入れ期間中、恒常的に指導することができる。

(2)応募要件

認定実務実習指導薬剤師養成ワークショップ(薬学教育者ワークショップ)に参加するにあたり、アおよびイの要件を満たしていなければならない。

ア 実務経験

- 薬剤師実務経験^{※1}(病院又は薬局におけるもので、勤務時間数が1週間当たり3日以上かつ20時間以上の場合に限る。以下同じ。)が5年以上ある。

または、

- 6年制の薬学教育を受け、薬剤師実務経験^{※1}が3年以上あるので、事前に受講したい。

※1 大学院在学中のアルバイト等は含まない。「薬剤師名簿登録日」又は「入社日」のうちのいずれか遅い日からとする。

イ 勤務状況

- 病院又は薬局における実務経験が受講申込みの時点において継続して3年以上である。
- 現在病院又は薬局に勤務(勤務時間数が1週間当たり3日以上かつ20時間以上の場合に限る)している。

(3)以下の項目に該当することが望ましい。(病院勤務者は病院欄を、薬局勤務者は薬局欄をチェックしてください)

ウ 応募する薬剤師は以下のような施設に所属していることが望ましい。

- (病院) 薬剤管理指導業務を実施し、院外処方せんの発行を推進している。
 - 病棟薬剤業務実施加算の届出を行っている。
 - 日本病院薬剤師会賠償責任保険(施設契約)又はこれと同等の賠償責任保険に加入している。
- (薬局) 薬学実務実習に関するガイドラインが求める地域保健、医療、福祉等に関する業務を積極的に行っている。
 - 「健康サポート薬局」の基準と同等の体制を有している。
 - 薬学教育モデル・コアカリキュラム(平成25年度改訂版)に示された「代表的な疾患(がん、高血圧症、糖尿病、心疾患、脳血管障害、精神神経疾患、免疫・アレルギー疾患及び感染症をいう)」に関する症例を実習できる体制を整備している。
 - 薬剤師賠償責任保険に加入している。

エ 生涯学習システムに参加又は認定を取得していることが望ましい。

- 参加又は認定を取得している。(名称: _____)

平成 年 月 日 (署名)

| | | | | |
|-----------------|--|------|-----|--------|
| カタカナ | | 年齢 | 性別 | 実務経験年数 |
| 氏名 | | 歳 | 男・女 | 年 月 |
| 出身大学 | (S H 年 月卒業(□4年制卒 / □6年制卒)) | | | |
| 勤務先 | 施設名 | | | |
| | 連絡先 | 住所 〒 | | |
| | | 電話 | FAX | |
| 受入意思 | <input type="checkbox"/> 必ず受け入れる(施設長の承諾済みである) <input type="checkbox"/> 現段階での受け入れは困難であるが将来的に受け入れを考えている | | | |
| メールアドレス | <input type="checkbox"/> 連絡用、添付可能なもの <input type="checkbox"/> 大きくはっきり記載のこと | | | |
| 緊急用の連絡先(携帯電話番号) | | | | |
| ビデオ研修 | <input type="checkbox"/> 済:受講日 年 月 日(□旧ビデオ(アイウオ) / □新ビデオ(①②③)) / □未受講 | | | |

※申し込み時点の内容をご記入ください。