

平成 30 年 7 月 12 日

会員 各位

島根県薬剤師会 実務実習委員会
委員長 大庭信行

認定実務実習指導薬剤師養成講習会及び更新講習会(DVD 研修)開催のお知らせ

盛夏の候、会員の皆さまにおかれましてはますます御健勝のこととお慶び申し上げます。

平素は当委員会の活動に格別のお引き立てをいただき、厚く御礼申し上げます。

さて下記の通り実務実習指導薬剤師の新規申請および更新申請のための DVD 研修を開催いたします。受講希望の先生はぜひご参加下さい。**事前申し込みのあった方のみ受講可能です。**

参加申し込みについては、別紙の参加票を 8 月 8 日(水)までに、県薬事務局へ FAX して下さい。(FAX:0852-26-5358)

なお、遅刻、途中退席は認められませんので予めご了承下さい。

また、この研修会は、平成 30 年 4 月 1 日施行の改正実施要領に基づき開催いたしますことを申し添えます。

認定実務実習指導薬剤師制度について、公益財団法人日本薬剤師研修センターのホームページを必ずご確認の上、(<http://www.jpec.or.jp/nintei/ninteijitumu/index.html>)お申込みください。

記

【開催日・場所】 平成 30 年 8 月 19 日(日) 島根県薬剤師会館

※会館駐車場および近隣駐車場は数に限りがございますので、ご注意ください。

【日 程】 10:30～16:00(予定)

【受講料】 会員:無料 非会員:¥500-

※新規受講者は、会員・非会員にかかわらず別途お弁当代(希望者のみ)とテキスト代がかかります。

時刻		新規	更新	備考
10:30～	受付開始	○	○	
11:00～	挨拶	○	/	
11:05～	講座①(52分)	○	/	「薬剤師の理念」
12:00～	昼休憩(60分)		/	※更新研修の受付は 12:40～です。
13:00～	講座②-1、④-1(25分)	②-1	④-1	「平成 25 年度改訂 薬学教育モデル・コアカリキュラム」
13:27～	講座②-2、④-1(31分)	②-2	④-2	「薬学実務実習に関するガイドライン」
14:00～	休憩(10分)	○	/	
14:10～	講座③-1(28分)	○	/	「学生の指導(法的問題)」
14:40～	講座③-2(23分)	○	/	「学生の指導(OBE に基づいた薬局実務自習の進め方)」
15:05～	講座③-3(24分)	○	/	「学生の指導(改訂薬学教育モデル・コアカリキュラムに準拠した病院実習)」
15:30～	成果報告書作成	○	/	

※ 新規受講者は希望者のみお弁当(¥1,000-)を準備いたします。(更新受講者はお弁当はございません。)

※ 新規受講者は、成果報告書の作成提出が受講票発行の要件となっています。

※ 更新受講者は「講座④」のみが必須で、聴講のみで受講票が発行されます。

※ 一部の講座を旧講座(講座ア・イ・ウ・オ)で受講されている方については、受講していない旧講座に対応する講座を受講して下さい。(その場合は事務局までお電話にてお問合せください。)対応は、講座①(講座イ)、講座②(講座ウ)、講座③(講座ア・オ)です。但し、平成 30 年 4 月 1 日施行の改正実施要領にて、旧講座(ア・イ・ウ・オ および カ)の受講証は、平成 32 年 3 月 31 日までの認定申請で有効、同年 4 月 1 日以降は無効とすることが規定されましたので、十分ご注意ください

共催 (一社)島根県薬剤師会 / 島根県病院薬剤師会

＜更新用参加票＞

平成 30 年度 認定実務実習指導薬剤師の更新講習会について、参加申し込みいたします。

更新用講座： 講座④（必須） ※弁当なし

勤務先： _____ 氏 名： _____ 会員 ・ 非会員(¥500-)

受講有資格者は、平成 31 年 8 月 15 日までに認定有効期間が切れてしまう認定実務実習指導薬剤師に限られます。

認定番号：実習指導 第 _____ 号

認定有効期間：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日～平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

平成 30 年 8 月 8 日（水）までに県薬事務局へ FAX（0852-26-5358）でお申込み下さい。

.....（切り取り線）.....

＜新規用参加票＞

平成 30 年度前期認定実務実習指導薬剤師の養成講習会について、参加申し込みいたします。

新規用講座（希望に○）：講座①（ ）旧イ 講座②（ ）旧ウ 講座③（ ）旧ア・オ

勤務先： _____ 氏 名： _____ 会員 ・ 非会員(¥500-)

該当に○

◆弁当の希望（¥1,000-）：（ 要 ・ 不要 ）

下記の受講条件についてご記入下さい。

<input type="checkbox"/> ①実務経験	<u>これまでの通算</u> 年 月	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 旧 4 年制の卒業者なら、5 年以上の実務経験 ◆ 新 6 年制の卒業者なら、3 年以上の実務経験でいい (ただし申請は 5 年を過ぎてから) <p>※実務経験は薬剤師名簿登録年月日以降です。 ※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。</p>
<input type="checkbox"/> ②勤務状況	<u>現時点まで継続</u> 年 月	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 継続して 3 年以上なので、2015 年 8 月より以前から現時点まで継続して勤務している必要がある <p>※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。</p>
<input type="checkbox"/> ③勤務先の望ましい条件	<p>ア) 病院</p> <p>イ) 薬局</p>	<p>(ア) 薬剤管理指導業務の実施、院外処方箋の発行推進 (イ) 病棟薬剤業務実施加算の届出 (ウ) 日病薬賠償責任保険などの加入</p> <p>(ア) 薬学実務実習に関するガイドラインが求める業務の実施 (イ) 「健康サポート薬局」の基準と同等の体制 (ウ) 改訂コアカリに示された 8 疾患の症例を実習できる体制 (エ) 薬剤師賠償責任保険の加入</p>
<input type="checkbox"/> ④実施要領の確認をしました	<p>下記の、日本薬剤師研修センターホームページよりご確認ください。 http://www.jpec.or.jp/nintei/ninteijitumu/index.html また、県薬ホームページ掲載の自己チェック表をご活用ください。 http://www.simayaku.or.jp/student/training-yakuzaishi/</p>	

★上記「薬剤師の実務経験」には、大学院在学中のアルバイト等従たる業務として従事したものは含まない。

※ 新規受講者は、テキスト代 ¥ 2 7 0 - が必要ですので、釣銭が無いようにご協力ください。

平成 30 年 8 月 8 日(水)までに県薬事務局へ FAX(0852-26-5358)でお申込み下さい。