

熊本県病院薬剤師会会員施設

薬剤部（薬局）長殿

実務実習教育委員会

委員長 城野博史

謹啓 立春の候、ますますご繁栄のこととお喜び申し上げます。

平素より熊本県病院薬剤師会の事業活動等にご支援賜り感謝申し上げます。また、薬学部6年制長期実務実習におきましては、コロナ禍におけるご多忙の折、ご指導等にご協力頂き厚くお礼申し上げます。

さて、令和3年度「**第76回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）in九州・福岡**」が令和4年3月20日（日）、21日（月・祝）、**Zoomにてオンライン開催**されます。

（\*感染拡大の影響により合同オンライン開催へと急遽変更）

つきましては、熊本県病院薬剤師枠として**1名**の割当がございますので、貴施設におかれましてWS参加希望者がいらっしゃいましたら、下記宛ご連絡頂きますようお願い申し上げます。

・調整の都合上、お手数おかけしますが**2月8日（火）17:00**までに下記宛てメールもしくはFAXにてご返信、ご返送頂きますようお願いいたします。

（急遽変更ということで〆切期間が直近となり申し訳ございません。）

・本WS参加費は15,000円となっております。熊本県薬剤師会の方であれば、参加費は熊本県薬剤師会より後日全額清算となりますが、非会員の方は全額自己負担となります。

・なお、希望者が募集枠を超えた場合、各施設における**指導薬剤師の有無、令和4年度の受入可能人数、通信欄（ご事情）**等を考慮して、別途調整させていただくことがございますのでご了承ください。

謹白

## 記

1. 日 時：令和4年3月20日（日）、21日（月・祝）：両日8：30～

2. 会 場：Zoomを使用

3. 参加費：15,000円

4. 振込先： 振込口座 西日本シティ銀行 高宮支店 普通預金 1612824

一般社団法人薬学教育協議会 病院薬局実務実習九州山口地区調整機構事務局 入倉 充  
シャヤカクキョウイクキョウカイ

5. 振込期日： 3月4日（金）

\* ご連絡時に下記事項をご記入ください。

- ① 参加希望者氏名（フリガナ）：
- ② 性別：
- ③ メールアドレス：
- ④ 勤務先：
- ⑤ 勤務先住所（郵便番号・住所・TEL）：
- ⑥ 実務経験年数：
- ⑦ 病院又は薬局における実務経験が現在までに継続して3年以上である（○または×）：
- ⑧ 勤務時間数が1週間3日以上かつ20時間以上（○または×）：
- ⑨ 携帯番号（緊急時連絡用）：
- ⑩ 令和4年度（2022年度）実習総受入可能人数  
2期（令和4年5月23日～8月7日）：  
3期（令和4年8月22日～11月6日）：  
4期（令和4年11月21日～2月14日）：
- ⑪ 通信欄（各施設におけるご事情等ございましたらご記載ください）

返送期日：**令和4年2月8日（火）17:00** \*必着にてお願いいたします。

返信先アドレス：[hjono@kuh.kumamoto-u.ac.jp](mailto:hjono@kuh.kumamoto-u.ac.jp)

返送先 FAX 番号：096-373-5827（熊本大学病院 薬剤部・城野）