

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 新春の候、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4年度「**第84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・宮崎**」が令和5年2月11日（土・祝）、12日（日）、**Zoomにてオンライン開催**されます。

つきましては、熊本県病院薬剤師枠として**3名**の割当がございますので、貴施設にてWS参加希望者（**各施設1名まで**）がいらっしゃいましたら、下記宛までご連絡頂きますようお願い申し上げます。

- ・応募期間が極めて短く大変恐縮ですが、調整の都合上、**1月13日（金）17:00**までに下記宛でメールもしくはFAXにてご返信、ご返送頂きますようお願いいたします。
- ・本WS参加費は15,000円となっております（**振込期限：1月27日**）。熊本県薬剤師会員の方であれば、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5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5年2月11日（土・祝）、12日（日）：両日8:30～
2. 会 場：Zoomを使用
3. 参加者：定員 *病院薬剤師 [熊本県] **3名**
4. 参加費：15,000円
5. 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キカイ
6. 振込期日：**1月27日（金）*期日を過ぎますと資料を送付することができません**
7. 参加条件 について
 1. 下記のいずれかのWeb練習会へ必ず参加すること
 - ・2月5日（日）10時くらいから90分程度
 - ・2月5日（日）13時くらいから90分程度
 2. 安定したインターネット環境があること
 3. 使用可能なパソコンがあること
※タブレット・スマートフォンによる参加は不可
 4. パワーポイントおよびZoomアプリがインストールされていること
 5. パワーポイントを使用できること

***お申し込みの際は下記事項を漏れなく必ずご記入の上ご連絡ください。**

- ① 参加希望者氏名（フリガナ）：
- ② 性別：
- ③ 薬剤師名簿登録番号：
- ④ 勤務先：
- ⑤ 実務経験年数： 年 ヶ月
- ⑥ 継続勤務年数： 年 ヶ月
- ⑦ 勤務時間数が1週間3日以上かつ20時間以上（○または×）：
- ⑧ 勤務先 TEL：
- ⑨ 携帯番号（緊急時連絡用）：
- ⑩ メールアドレス：
- ⑪ 資料送付先（郵便番号・住所 ※薬局名まで記載お願いします。）：

- ⑫ 練習会参加日：（ ） 2/5 10 時～、（ ） 2/5 13 時～、（ ） 両方可
*参加可能な日程に○をつけてください。
- ⑬ 令和5年度（2023年度）薬学実習生受入可能数
第2期（令和5年5月22日～8月6日）：
第3期（令和5年8月21日～11月5日）：
第4期（令和5年11月20日～令和6年2月11日）：
- ⑭ 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5年1月13日（金）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

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