旭川薬剤師会・旭川病院薬剤師会　共催申込書

申込者・所属 ：

連絡先　　　　：

【講演会名】　　　○○○○講演会

【日　時】　 　　　令和○年○ 月○日 (○)　 ○：○～○：○

【場　所】

　　　　　　〒○○○-○○○○

　　　　　　住所

【話題提供】

【座　長】

【講演タイトル】

【講演者】

【日病薬病院薬学認定薬剤師制度】　○○単位（○分）

【日本薬剤師研修センター研修認定薬剤師制度】　○○単位（○分）

|  |
| --- |
| 日本薬剤師研修センター研修認定薬剤師制度認定対象　集合研修会指標項目（複数選択可） |
| 　 | 倫理 | 　 | 医療保険・介護保険制度 | 　 | 業務関連の法規 |
| 　 | 調剤 | 　 | 製剤 | 　 | 医療安全 |
| 　 | 医薬品情報・医療情報 | 　 | 薬学的管理・指導 | 　 | コミュニケーション技術 |
| 　 | 医薬品管理 | 　 | 医薬品試験 | 　 | 病態と疾患 |
| 　 | 薬物療法 | 　 | 副作用 | 　 | 相互作用 |
| 　 | 教育 | 　 | 研究 | 　 | 健康管理 |
| 　 | セルフメディケーション等 | 　 | 在宅医療 | 　 | 漢方薬・生薬 |
| 　 | 公衆衛生 | 　 | 災害対策 | 　 | 基礎薬学 |
| 　 | 薬事行政・医療行政 | 　 | 医薬品開発・流通 | 　 | その他 |
| 　 | 小児医療一般 | 　 | 学校保健教育 | 　 | 　 |

旭川薬剤師会共催とするうえで、会員に周知するため日本薬剤師研修センターのホームページ上に開催内容を原則公開いたします。利益相反の開示とは異なります。非公開とする特段の理由がある場合は()に記載ください。

非公開理由：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

＜記載･提出にあたっての注意＞　字体、フォントなどを変更しないで下さい。文字を貼り付けた場合は、MSPゴシック、12ポイントに戻してください。

上記講演会の共催を承認します。

　　　　　令和　　　年　　　月　　　日　　　　　　旭川薬剤師会 学術担当副会長
　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　旭川病院薬剤師会 学術担当副会長

印