

平成 30 年 8 月 21 日

会 員 各 位

一般社団法人岩手県薬剤師会
会長 畑澤 博巳

第 57 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への 参加者募集について（ご案内）

平素は、当会会務・事業に対しご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、標記ワークショップが下記のとおり開催されることになりました。

そこで、会員を対象に、参加者を募集することにしたので、別紙「参加申込書」に必要事項を記入の上、9 月 14 日（金）までに岩手県薬剤師会事務局まで FAX でお申込みください。

なお、申込者多数の場合は、「実務実習生を必ず受け入れる」と回答いただいた方を優先する等、当会実務実習受入対策委員会で選考いたしますことを申し添えます。

※ 別紙『参加申込書』に記載されている『応募要件』を満たしていること」のほかに、
「講座ア・イ・ウ・オ」もしくは「講座①・②・③」を修了していることが必要です。

※ 参加が決定した方には、後日、当会よりご連絡いたします。

記

第 57 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

日 時：平成 30 年 11 月 3 日（土・祝）8：30～20：30（情報交換会（参加必須）を含む）
平成 30 年 11 月 4 日（日） 8：30～18：00

※時間は変更する場合があります。

会 場：岩手県薬剤師会館（盛岡市馬場町 3-12）

募集人数：薬局薬剤師 12 名

参 加 費：40,000 円

申込期限：9 月 14 日（金） ※厳守願います。

申 込 先：岩手県薬剤師会事務局

FAX 019-653-2273

問合せ先：岩手県薬剤師会事務局（担当：熊谷）

TEL 019-622-2467

以上

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

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みません。

また、「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します

イ 勤務状況

- ☐ 病院または薬局における薬剤師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。
- ☐ 現在病院または薬局に勤務(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。

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。
- ☐ (一社)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 ^{※2}		性別 ^{※2}	実務経験年数
氏名		歳		男・女	年
勤務先	施設名				
	連絡先	電話		FAX	
	メールアドレス	@			
受入意思		☐ 必ず受け入れる ☐ 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			

※2 グループ分けの際、なるべく性別・年齢等が偏らないために必要です。