

薬局会員・開設者各位

一般社団法人岩手県薬剤師会
会長 畑澤 博巳令和3年度 第1回 保険薬局研修会

平素より本会会務に対しご理解ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、この度下記のとおり保険薬局研修会を開催いたします。

各位におかれましては、参加についてご検討いただき、別紙の参加申込書により岩手県薬剤師会事務局宛にFAXで申し込みください。

今回は「改正薬機法への対応」に関する講演もあり、開設者の出席に対しご配慮願います。

なお、新型コロナウイルス感染拡大防止対策にご協力をお願い申し上げます。(別紙1)

記

名 称	令和3年度 第1回保険薬局研修会
日 時	令和3年4月18日(日) 13時～16時(受付は12時から13時30分まで) ※13時30分以降は受付を撤収致します。必ず時間内に受付を済ませて下さい。
場 所	岩手県民会館 大ホール (盛岡市内丸13番1号 電話 019-624-1171)
申込方法	参加申込書(別紙2)によりFAXでお申し込みください。 1薬局1～2名 の参加とし、 座席指定 とします。(定員 990名) (可能な限り開設者の方の参加をお願いします。) 送信先：岩手県薬剤師会 FAX 019-622-7182
申込期限	令和3年3月26日(金)
参加費	岩手県薬剤師会会員薬局の勤務者(薬剤師及び事務職員)：無料 非会員薬局の勤務者で岩手県薬剤師会会員：千円(1名につき) 非会員薬局の勤務者で岩手県薬剤師会非会員および事務職員：5千円(1名につき)
次 第	
1. あいさつ	岩手県薬剤師会 会長 畑澤博巳
2. 医薬品・医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律等の 一部を改正する法律(改正薬機法)への対応について	岩手県保健福祉部健康国保課薬務担当 主査 近藤誠一
3. 保険薬局の現況	岩手県薬剤師会 副会長・東北地方社会保険医療協議会臨時委員 畑澤昌美
4. 調剤報酬算定の解釈と留意点	岩手県社会保険診療報酬請求書審査委員会審査委員 本田昭二

この研修会は、日本薬剤師研修センター認定研修会です。(受講シール・2単位予定)

※事前にお申し込みのない方は参加できませんのでご了承下さい。

※当日に使用するため、事前に送付された受講票、座席表を封筒と共にご持参下さい。

※研修シールは後日、事務局より郵送させていただきます。

※写真撮影や録画、録音は禁止とさせていただきます。ご協力下さいますようお願い致します。

別紙 1

新型コロナウイルス感染症対策のためにご協力をお願いします。

- * 当日ご自宅での検温をお願いいたします。
- * 発熱(37.5度以上)や風邪等の症状(発熱、咳、くしゃみ、倦怠感など)がある場合は、研修会への参加は控えて下さい。
- * 過去2週間以内に政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国・地域への訪問歴などある方は、参加を控えて下さい。
- * マスクの着用、咳エチケット、手指消毒の徹底をお願いいたします。
- * 受付時、検温いたしますので、ご協力をお願いいたします。
- * 出席の確認をいたしますので、受講票を受付へお出し下さい。
- * 当日、事前に送付された受講票、座席表を封筒と共にご持参下さい。
- * 受講票と引き換えに資料をお渡しします。
- * 指定された席に着席いただきますようお願いいたします。参加者同士の接触、会話を控えていただくようご協力下さい。
- * 入室・退出時(入退場時の行列を含む)や集合場所・トイレにおいて、人と人との十分な間隔(できるだけ2mを目安に)を確保していただくようお願いいたします。
- * お帰りになる際は、混雑を避けるため、係員の誘導に従うようお願いいたします。
- * 感染症対策として、スマートフォンをお持ちの方は接触確認アプリの活用をご検討下さい。
- * 感染者が発生した場合は、参加者の氏名・勤務先等の情報を保健所等の公的機関へ提供する場合がありますのでご了承願います。

保険薬局研修会参加申込書

令和3年 月 日

薬局名 (市町村)

	開設者の方は <input checked="" type="checkbox"/> して下さい	<input type="checkbox"/>	どちらかに ○印をつけて下さい	
参加者氏名：			薬剤師	非薬剤師
薬剤師免許証番号：				

	開設者の方は <input checked="" type="checkbox"/> して下さい	<input type="checkbox"/>	どちらかに ○印をつけて下さい	
参加者氏名：			薬剤師	非薬剤師
薬剤師免許証番号：				

【注意事項】

- *1 薬局2名までの参加とします。
- *必要事項を記入して、FAXでお申し込み下さい。
- *事前にお申し込みのない方は参加できません。
- *座席指定となります。
- *事前に各薬局へ受講票、座席表を送付します。
- *当日に使用するため、送付された受講票、座席表を封筒と共にご持参下さい。
- *資料は当日配布とし、受講票と引き換えとなります。
- *研修会シールは後日、勤務されている薬局へ郵送します。
- *薬剤師免許証番号をお知らせいただけない場合は、研修シールのお渡しはできません。

申込み期限 令和3年3月26日(金)

申込先 岩手県薬剤師会事務局

FAX : 019-622-7182