

健康サポート薬局に係る研修

健康サポートのための薬剤師の対応研修会

開催・受講者募集のご案内

一般社団法人岩手県薬剤師会

下記研修会を開催いたしますので、受講を希望される方は、申込書に必要事項を記載し、FAXによりお申込ください。

記

1. 研修会名：**健康サポートのための薬剤師の対応研修会【研修会B】**
(主催：岩手県薬剤師会、共催：日本薬剤師会)
健康サポート薬局研修会番号：健B-2021-03-007
2. 開催日時：令和3年6月13日(日) 12:00～17:00
3. 場 所：建設研修センター(盛岡市松尾町17-9 建設会館3F)
4. 定 員：100名
5. 受講料：7,000円。但し、岩手県薬剤師会会員は5,000円。
6. 内 容：(1)挨拶・趣旨説明【5分】(12:00～12:05)
(2)薬局・薬剤師を巡る現状と健康サポート薬局【25分】(12:05～12:30)
(3)薬局利用者の状態把握と対応 テーマ「腰痛」【240分】(12:30～16:30)
 - ① 症候からの疾患の列挙
 - ② 症状を訴える疾患と症状の特徴の列挙
 - ③ 疾患を推測するためのアルゴリズム作成
 - ④ トリアージプランの作成
(4)まとめ【10分】(16:30～16:40)
(5)レポート作成、提出【15分】(16:40～16:55)
(6)受講証交付・解散(16:55～17:00)
7. 申込方法：別添の受講申込書に必要事項を記載のうえ、FAXで岩手県薬剤師会事務局にお申込み下さい。(FAX：019-653-2273)
なお、受講の可否については、後日ハガキで通知いたします。
8. 申込期限：令和3年5月20日(木)※必着
9. その他：日本薬剤師研修センターの研修シールの交付はありません。

■ 受講対象者について(以下の①または②に該当する方)

①健康サポート薬局の届出を目的とした薬局に勤務する薬剤師

健康サポート薬局として地域住民の健康の保持増進に貢献する意欲のある薬剤師。
ただし、研修の修了要件には薬剤師として薬局での5年の実務経験が必要であることから、5年以上の実務経験を有する方を優先的に受け付けます。

②地域連携薬局の申請を目的とした薬局に勤務する薬剤師

「健康サポート薬局に係る研修を修了した者として修了証の交付を受けた常勤の薬剤師が、基準を満たす者として取り扱う」とされていることから、地域連携薬局の申請を行おうとする薬局に勤務する薬剤師を対象とし、今回は、令和3年中に地域連携薬局の申請を行う予定の薬局に勤務する薬剤師を優先的に受け付けます。

■ 受講証明書について

研修会を受講し所定のレポートを提出された方に、当該研修会の「受講証明書」を発行いたします（受講証明書の有効期限は3年間です）。

有効期限内に「健康サポート薬局研修修了証」の発行申請を行わず有効期限を経過したものは無効となります（その場合、「研修修了証の発行申請を行う」ためには改めての研修受講が必要です）。

なお、地域連携薬局の申請を目的とした薬局に勤務する薬剤師であって、薬局薬剤師としての経験が5年に満たない場合は、別に研修の受講を修了した旨の証明書を発行いたします。

■ 健康サポート薬局研修修了証の更新手続きについて

「健康サポート薬局の研修修了証」の更新に当たっては、「研修修了証の有効期限の2年前以降に、薬局が所在する都道府県の薬剤師会が開催する研修会A（健康サポートのための多職種連携研修会）を受講すること」「研修修了証の有効期限の2ヵ月前までに、更新申請を完了（手数料振込・郵送必着）すること」の両方を満たす必要があります。

また申請書の郵送にかかる日数も考慮する必要がありますので、「有効期限2年前」以降の初回の研修会Aを受講するようにしてください。

■ 参加者の皆様へのお願い

1. 事前申込された方のみ受講いただけます（事前申込のない場合は、受講できません）。
2. 本研修を受講する前に、「研修サポート薬局研修 e-ラーニング」を受講することが推奨されています。
3. 当日は、来場前に検温等の体調チェックを実施いただき、問題がない場合に限り受講してください（発熱や咳等の風邪様症状がある場合は、来場を控えてください）。
また、会場入口で検温を行い、37.5℃以上の発熱がみられた場合は、受講をお断りさせていただきますので、予めご了承ください。
4. 会場内では、マスクの着用を必須とします。マスク未着用の場合は、来場をお断りする場合がありますので、予めご了承ください。また、咳エチケットの徹底をお願いします。
5. 会場受付では、間隔を空けてお並びください。
6. 受講後14日以内に、ご自身の感染が確認された場合は、速やかに岩手県薬剤師会事務局にご連絡ください。
また、不測の事態（参加者が罹患）が生じた場合は、保健所等の求めに応じて受講者の連絡先（電話番号）を提供する場合がありますのでご了承ください。
7. 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・地域への訪問歴及び当該在住者との濃厚接触がある方は受講を控えてください。

申込先：岩手県薬剤師会事務局 FAX 019-653-2273

健康サポート薬局に係る研修
「健康サポートのための薬剤師の対応研修会」
(令和3年6月13日開催 会場：建設研修センター)

【受講申込書】

ふりがな	(会員区分どちらかに○をつけてください)		
氏名	岩手県薬剤師会会員 ・ 非会員		
勤務先名			
勤務先住所			
勤務先TEL	勤務先FAX		
薬剤師名簿登録番号	薬局実務経験年数	年	月
受講目的	(該当するものを○で囲んでください) 健康サポート薬局の届出 ・ 地域連携薬局の申請		
今までに「健康サポートのための薬剤師の対応研修会(研修会B)」を受講したことがあるか?	(該当するものを○で囲んでください) 受講したことがある ・ 受講したことがない		
「健康サポート薬局」の届出	(該当するものを○で囲んでください) 届出済み ・ 予定あり(令和 年 月) ・ 未定		
「地域連携薬局」の申請	(該当するものを○で囲んでください) 予定あり(令和 年 月) ・ 未定		

< 申込期限：令和3年5月20日(木) >