

# 岩手県薬剤師会

## 令和4年度 第3回 薬局ビジョン推進セミナー

標記セミナーを下記の通り開催することといたしましたのでご案内申し上げます。

参加につきましては、9月22日(木)までに「参加申込書」に必要事項を記入の上、岩手県薬剤師会事務局にFAXまたはEメールによりお申込みくださいますようお願いいたします。

1. 日 時：令和4年10月2日（日）10時～12時
2. 会 場：岩手県薬剤師会館 研修室（〒020-0876 盛岡市馬場町 3-12）
3. 内 容：トレーニングレポートを書いてみよう！（仮題）  
岩手医科大学薬学部臨床薬学講座地域医療薬学分野 教授 高橋 寛 氏
4. 申込方法：下記申込書により岩手県薬剤師会事務局へお申込みください。
5. 申込期限：令和4年9月22日（木）  
（但し、定員を50名とし申込者数が定員に達し次第締め切ります。）
6. 参 加 費：①岩手県薬剤師会 会 員（正会員）：無料  
②岩手県薬剤師会 非会員（保険薬局会員勤務者）：2,000円  
③岩手県薬剤師会 非会員（上記②以外の方）：5,000円  
※ 上記②及び③の方については、参加費の納入方法について、事務局から別途ご連絡いたします。
7. そ の 他：①本セミナーは、演習形式（小グループでの事例検討）で行います。  
②日本薬剤師研修センター認定研修会です。認定単位を取得するためには、本セミナー受講時に、「日本薬剤師研修センターの薬剤師研修・認定電子システム（PECS）登録者に付与された本人確認票（QRコード）を印刷したものが必要となりますので、予め準備いただきますようお願い申し上げます。  
※当該システムに個人登録されていない、また、本人確認票（QRコード）を印刷したものを持参されない場合は、単位は付与されません。

### 《 参加申込書 》

令和4年10月2日(日)開催「岩手県薬剤師会 令和4年度 第3回 薬局ビジョン推進セミナー」

|                              |       |                                                           |
|------------------------------|-------|-----------------------------------------------------------|
| 勤務先名                         | 所在市町村 |                                                           |
| 参加者氏名                        |       | 薬剤師名簿登録番号                                                 |
| 参加者区分<br>(該当するものに○を記載してください) |       | ① 県薬正会員<br>② 県薬非会員<br>(保険薬局会員勤務者)<br>③ 県薬非会員<br>(左記②以外の方) |

参加申込先 岩手県薬剤師会事務局 FAX 019-653-2273  
E-mail ipa1head@rose.ocn.ne.jp (アイ・ピー・イー・イチ・エイチ・イー・エー・ディー)

申込期限 令和4年9月22日（木） ※ 但し、定員に達し次第、申込を締め切ります。