～健康サポート薬局のための技能習得型研修～

研修会Ｂ：健康サポートのための薬剤師の対応研修会　受講申込書

（令和３年11月７日開催）

令和　　　年　　　月　　　日

　静岡県薬剤師会　御中

【健康サポート薬局の届出を予定する薬局または表示している薬局】

|  |
| --- |
| 開設者の承諾の有無についての確認　※該当する項目の□をクリックしてください。  　承諾している　　　　　　　　　承諾していない |

【健康サポート薬局の届出を予定する薬局または表示している薬局】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 薬局開設者の  住所及び氏名 | 住　所 | 〒  （法人の場合は、主たる事務所の所在地を記載してください） | | |
| 開設者  氏　名 | （法人の場合は、法人名称及び代表者の職氏名を記載してください） | | |
| 届出（予定）薬局 | 薬局名称 |  | | |
| 薬局  所在地 | 〒 | | |
| TEL |  | FAX |  |

【受講申込者】※該当する項目の□をクリックしてください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会員区分 | 会　員（　　　　　　　薬剤師会）  　非会員 | 薬剤師名簿  登録番号 | |  | |
| ふりがな |  | 性　別 | | 男・　女 | |
| 氏　　名 |  |
| E-mail　アドレス | 事務局からの連絡を受信するメールアドレスを記載してください。  @ | | | | |
| 生年月日 | （西暦）　　　　年　　　　月　　　　日 | | 年齢 | | 満　　　才 |
| 実務経験 | 受講には薬局での5年以上の実務経験が必要です  実務経験は、週当たりの勤務時間が20時間以上であった期間を通算してください。  （実務年数　　　　　　　年　　　　　　ケ月） | | | | |

【受講区分】※該当する項目の□をクリックしてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 受講区分 | 新　規  ※　基本理念の理解のため研修会Ａ「健康ポートのための多職種連携研修」を受講後に研修会Ｂを受講することを推奨します。  　日本薬剤師研修センター　研修修了証更新者  　　※　Ｂ研修は更新要件ではありませんが、Ｂ研修の受講を推奨します。 |

※１　10月７日（木）までに静岡県薬剤師会あて直接お申込みください。

※２　受講の可否は、締切日以降に申込内容を確認のうえ、メールにて連絡いたします。

※３　ご提供いただいたメールアドレスは本研修以外の目的では使用しません。

※４　欠席される場合は、県薬事務局までご連絡ください。