

健康サポート薬局に係る研修
「健康サポートのための多職種連携研修」・「健康サポートのための薬剤師の対応研修」
開催・受講者募集のご案内

一般社団法人 北海道薬剤師会

健康サポート薬局については、平成28年10月1日から北海道知事等への届出が開始されております。薬局は、「健康サポート薬局」である旨の表示を行うにあたり、厚生労働大臣が定める基準で規定される「常駐する薬剤師の資質に係る所定の研修」を修了した薬剤師が常駐する必要があり、届出にあたっては所定の研修修了証の提出が必要とされています。

日本薬剤師会と日本薬剤師研修センターが合同で当該研修を実施することとなり、本会は協力機関として研修会を開催しております。

つきましては、受講を希望される方は次面の申込書に必要事項を記載し期日までにお申し込み下さい。

記

- **研修の対象**：薬剤師。これから健康サポート薬局である旨を表示しようとする薬局
 - ・ 研修参加薬局は、かかりつけ薬剤師・薬局の基本的機能を備えていること
 - ・ 薬局において、薬剤師として5年以上の実務経験がある者
- **技能習得型研修（演習はグループ討議形式）**：
 - ア 健康サポート薬局の基本理念（1時間） ⇒ 研修会A
 - イ 薬局利用者の状態把握と対応（4時間程度） ⇒ 研修会B
 - ウ 地域包括ケアシステムにおける多職種連携と薬剤師の対応（3時間） ⇒ 研修会A

- **開催日時・会場**：（※公共交通機関でお越し願います）

1. 研修会A「健康サポートのための多職種連携研修」（ア+ウ）

札幌会場	平成31年2月24日（日）9:00～13:10（予定） 定員：60名 <u>申込締切：2月8日（金）</u> 会場：ホテルポールスター札幌（室名未定）（札幌市中央区北4条西6丁目）
-------------	--

2. 研修会B「健康サポートのための薬剤師の対応研修」（イ）

札幌会場	平成31年2月24日（日）14:00～18:30（予定） 定員：60名 <u>申込締切：2月8日（金）</u> 会場：ホテルポールスター札幌（室名未定）（札幌市中央区北4条西6丁目）
-------------	---

※ 研修会A及びBは昼食休憩を挟み連続して開催いたしますが、両方でも、どちらかでも受講可能です。下記の優先受付によりお申し込みください。

- **参加費**（当日受領）：北海道健康づくり支援薬局認定薬局：2,000円、会員薬局：4,000円
 ※A,Bそれぞれに参加費が必要です 非会員薬局：7,000円、（昼食+1,000円）
- **参加申し込み方法**：別紙申込書により各会場の締切日までにお申し込み下さい。
- **優先受付**：研修会A・Bについては次の優先順位により受け付けいたします。
 - ① 北海道健康づくり支援薬局認定薬局、又は健康サポート薬局を届け出た薬局に勤務
 - ② 知識習得型研修（eラーニング）を受講された方（受講証明書を添付）
 - ③ 技能習得型研修のA又はBを既に受講されている方
 ※ その他、定員に達した場合は、在宅の実績、要指導一般用医薬品の取扱状況により優先受付する場合があります。
- **受講証明書**：研修会終了後レポートを提出いただき、確認後受講証明書を発行致します。
- **備考**：北海道健康づくり支援薬局認定制度（健康情報拠点推進事業）の指定研修会とします。

（お問い合わせ先：北海道薬剤師会事務局事業課 TEL 011-811-0184）

健康サポート薬局に係る研修会

A「健康サポートのための多職種連携研修」・B「健康サポートのための薬剤師の対応研修」

申 込 書

平成 年 月 日

北海道薬剤師会会長 様

申込者氏名： _____

標記の研修会に次の通り申し込みいたします。

研 修 会 名 (1つ又は両方に✓)	<input type="checkbox"/> 研修会A「健康サポートのための多職種連携研修」(ア+ウ) <input type="checkbox"/> 研修会B「健康サポートのための薬剤師の対応研修」(イ)
会 場 名	A：ホテルポールスター札幌 (平成31年2月24日 9:00～) B：ホテルポールスター札幌 (平成31年2月24日 14:00～)
昼 食	<input type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 不要 (※A・B連続受講の方が対象：どちらかに✓)
薬 局 名	
道 薬 の 会 員 区 分 (どちらかに✓)	<input type="checkbox"/> 会員薬局 ・ <input type="checkbox"/> 非会員薬局
住所(郵便番号から)・ 電話番号・FAX番号	〒 - 住所： TEL: - - FAX: - -
連絡用メールアドレス	
受講者氏名(かな)・ 薬剤師登録番号・ 薬局経験年数)	(かな：) (登録第 号 ・ 薬局経験年数 年) ※申込時点で
北海道健康づくり支援 薬局認定の有・無 (どちらかに✓)	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
健康サポート薬局の 届出について (いずれかに✓)	<input type="checkbox"/> 届出を行った ・ <input type="checkbox"/> 届出を行う ・ <input type="checkbox"/> 検討している <input type="checkbox"/> 今回は届出を行わない
e-ラーニングの対応 (いずれかに✓)	<input type="checkbox"/> 受講済(受講票を添付) ・ <input type="checkbox"/> 受講する ・ <input type="checkbox"/> 受講予定 ・ <input type="checkbox"/> 受講しない
研修会 AB の対応	<input type="checkbox"/> 今回申し込み分以外を受講済 ・ <input type="checkbox"/> 受講する
在宅の実績 (どちらかに✓)	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
OTCの対応状況	要指導医薬品・第I類医薬品を含む一般用医薬品の状況： 約 () 品目を備えている。

ご記入いただいた個人情報は、健康サポート薬局に係る研修会の実施の目的でのみ使用します。

F A X 送 信 先 : 0 1 1 - 8 3 1 - 2 4 1 2