

平成30年度薬剤師認知症対応力向上研修会 【小樽会場】のご案内

新オレンジプランに基づく「薬剤師認知症対応力向上研修事業（北海道委託）」を、昨年度より3ヶ年計画で研修会の開催を計画しております。

高齢者が受診した際や受診後等に接する薬局・薬剤師に対し、認知症の人本人とその家族を支えるために必要な基本知識や、医療と介護の連携の重要性等を習得するための研修を実施することにより、認知症の疑いのある人に早期に気づき、かかりつけ医等と連携して対応するとともに、その後も認知症の人の状況に応じた薬学的管理を適切に行い、認知症の人への支援対策構築の担い手になることを目的としています。

つきましては、研修会を次のとおり開催いたしますので、別紙にございます申込書によりお申し込みください。

なお、今後2年間で他地区での開催も予定しております。

記

1. 日時・場所

小樽会場 期日；2019年2月17日（日）
時間：13：00～17：00
（受付：12：30～）
場所：小樽市立病院 2階 講堂
住所：小樽市若松1丁目1番1号
定員：50名

2. 対象

薬局薬剤師

3. 修了証

全課程修了者には北海道知事名の修了証を交付します。

4. 受講申込

小樽会場：2019年2月1日（金）必着

5. カリキュラム

- （1）基本的知識（30分）
- （2）対応力（90分）
 - 1）薬学的管理、2）気づき・連携
- （3）制度等（90分）

6. 研修シール

2単位

平成30年度薬剤師認知症対応力向上研修受講申込書

【小樽:2月17日】

必要事項を記入のうえ下記の申込み先あて FAX又は郵送 で提出してください。

【申込み締切日】小樽会場：2019年2月1日（金）必着

【申込み先】〒062-8631 札幌市豊平区平岸1条8丁目5-12
一般社団法人北海道薬剤師会事務局事業課
FAX番号：011-831-2412

申 込 日：平成 年 月 日

受講会場	<input type="checkbox"/> 小樽
ふりがな	
氏 名	性別： 男 ・ 女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日（ 歳）
職場（薬局）名	
職場（薬局）住所	〒 (TEL - -) (FAX - -)
連絡先住所	〒 ※職場の住所と同じ場合は記載不要です (TEL - -) (FAX - -)
薬剤師免許番号 登録年月日	第 号 昭和・平成 年 月 日
北海道薬剤師会	会 員 ・ 非会員

注：本書に記載の個人情報は、受講者及び修了者名簿の作成のみに使用し、それ以外には使用しません。