

令和元年度薬剤師認知症対応力向上研修会 【日高・釧路・室蘭・岩見沢会場】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、平成29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、今後も他地区での開催も予定しております。

記

1. 日時・場所

日高会場 期日：2019年10月19日（土）

時間：15：00～19：00

（受付：14：30～）

場所：新ひだか町総合町民センターはまなす シアタールーム

住所：日高郡新ひだか町三石本町212

定員：50名

釧路会場 期日：2019年10月26日（金）

時間：15：00～19：00

（受付：14：30～）

場所：総合病院釧路赤十字病院 講堂

住所：釧路市新栄町21-14

定員：100名

室蘭会場 期日：2019年12月7日（土）

時間：14：00～18：00

（受付：13：30～）

場所：室蘭市生涯学習センター きらん

住所：室蘭市中島町2丁目22

定員：90名

岩見沢会場 期日：2019年12月7日（土）

時間：15：30～19：30

（受付：15：00～）

場所：北海道グリーンランドホテルサンプラザ

住所：岩見沢市4条東1丁目6-1

定員：100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

日高会場：2019年10月4日（金）必着

室蘭会場：2019年11月18日（月）必着

釧路会場：2019年10月9日（水）必着

岩見沢会場：2019年11月18日（月）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

令和元年度薬剤師認知症対応力向上研修受講申込書

【日高:10月19日・釧路10月26日・室蘭、岩見沢:12月7日】

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

【申込み締切日】日高会場：2019年10月4日（金）必着
釧路会場：2019年10月9日（水）必着
室蘭会場：2019年11月22日（金）必着
岩見沢会場：2019年11月22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

○研修シールの交付について

1. 日本薬剤師研修センターより、研修認定薬剤師制度の適正な運用のため、研修受講シールの受領者名簿（薬剤師名簿登録番号を含む）の提出が求められております。受講申込に係る個人情報を提供することについて、同意いただける方のみ研修シールを配布いたします。
2. 研修シールの交付を希望される方は、申込用紙の該当する項目にチェックを入れ、薬剤師免許番号を必ずご記入ください。薬剤師免許番号の記載がない場合には、研修シールをお渡しすることができませんので、ご了承下さい。
3. 当日、研修シールの交付の際に本人確認ができるものが必要となる場合がございますので、本人確認ができるもの（運転免許証または健康保険証）のご持参をお願いいたします。

申 込 日： 年 月 日

受講会場	<input type="checkbox"/> 日高 <input type="checkbox"/> 釧路 <input type="checkbox"/> 室蘭 <input type="checkbox"/> 岩見沢
ふりがな	
氏 名	性別： 男 ・ 女
生年月日	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	<input type="checkbox"/> 会 員 ・ <input type="checkbox"/> 非会員
研修シールの交付	<input type="checkbox"/> 希望する
研修センターに個人情報(薬剤師免許番号等)を提供することについて	<input type="checkbox"/> 同意する

注：本書に記載の個人情報は、本研修会に係る事業目的にのみ使用いたします。

並びに日本薬剤師研修センターへ提出する研修会受講者名簿の作成に使用いたします。