

令和2年9月11日

新潟県薬剤師会 会員 各位
新潟県病院薬剤師会 会員 各位

新潟県薬剤師会
会長 佐藤 宏之
新潟県病院薬剤師会
会長 外山 聡

リスクマネジメント研修会の開催について(ご案内)

日頃から薬剤師会の会務に多大なご協力をいただき厚く御礼申し上げます。

さて、医薬品業務に係る医療の安全を確保するため、新潟県薬剤師会と新潟県病院薬剤師会では、例年共催にて標記の研修会を開催しております。

今年度は、医薬安全対策の現状や、薬機法改正で位置づけられた継続的服薬指導における薬剤師の医薬品情報の活用等について、厚生労働省医薬・生活衛生局医薬安全対策課長の中井清人先生をお招きし、下記の要領で開催することといたしました。

新型コロナウイルス感染症の拡大防止の観点から、新しい生活様式に沿った開催方法として、集合研修とweb研修を選択してご受講いただけます。ご参加に当たっては、事前申込みが必要です。是非とも、ご参加ください。

記

日時： 令和2年11月3日(火・祝) 16:00～17:30
開催方法： 集合研修及び zoom ウェビナーによるweb研修
会場： 朱鷺メッセ・新潟コンベンションセンター メインホール B
(新潟市中央区万代島6-1 TEL 025-246-8400)
(web研修では会場での講演内容を配信)
プログラム： 特別講演(90分)

「これからの薬剤師のDI業務と医療安全の確保ー革新的新薬を創出するための
制度改革と医療安全のゲートキーパーとしての薬剤師への期待ー」

講師 厚生労働省医薬・生活衛生局医薬安全対策課長 中井 清人先生

受講料： 無料
定員： 集合研修 100名、Web研修 490名
申込み： 別紙申込用紙により県薬事務局にメール(moushikomi@niiyaku.or.jp)もしくは
ファックス(025-281-7735)にて、**令和2年10月13日(火)**までにお申し込み下さい。

* 研修申込みに係る氏名、勤務先等の個人情報は各種連絡、名簿作成等、研修の運営業務にのみを使用いたします。ただし、研修シール発行に伴う名簿作成及び提出についてはこの限りではありません。

* この研修会では、日本薬剤師研修センター研修認定薬剤師制度及び日病薬病院薬学認定薬剤師制度(カリキュラム区分IV-1「リスクマネジメント」)の研修シールが発行される予定で、いずれかの研修シール1単位を交付いたします。各研修シールを交付した方の氏名及び薬剤師名簿登録番号(日本薬剤師研修センターのみ)について、各認証プロバイダーへ報告いたしますのでご了承ください。

* 薬剤師に求められるプロフェッショナルスタンダード(PS)では主に「4.リスクマネジメント」に該当します。

* JPALS研修会コードは「15-2020-0019-101」です。

* 定員に達し次第、申込受付を終了いたします。お早めにお申込みください。

集合研修の受講に当たって:

- * 日本薬剤師研修センター発行の研修シールをご希望の場合、交付にあたって受講時の本人確認と氏名、薬剤師名簿登録番号をお知らせいただく必要があります。本人確認のため、会員の方は県薬会員証、会員以外の方は身分証明証をご持参ください。
- * 研修シールは受講確認の上、当日お渡しいたします。
- * 発熱や咳等の症状がある方はご入場をお断りいたします。当日、会場にて検温させていただきます。
- * 会場では必ずマスクを着用の上、来場時の手指消毒にご協力ください。
- * 施設利用前に新型コロナウイルス接触確認アプリ（COCOA）のインストールをお願いします。

web 研修の受講に当たって:

- * 事前申し込まれた方のみ受講いただけます。必ず、申し込み期限までにお申込みください。
- * 連絡用のメールアドレスに個別の接続用 URL 又はリンク先をご案内いたします。
- * 受講者毎に別のメールアドレスをご用意ください（連絡用メールアドレスから別のメールアドレスへ、接続用 URL 又はリンク先を転送してご受講いただくことも可能です）。
- * 研修シールの交付にあたっては受講状況を確認する必要があります。研修時間中の入室状況及び講義中に示すキーワードの報告により受講を確認いたします。確認できない場合、研修シールは交付いたしませんのでご了承ください。
- * 研修シールは、後日資料送付先に郵送いたします。
- * インターネット環境（光回線、有線接続を推奨）や端末（要マイク機能）は各自でご用意ください。ご受講に当たっての技術的サポートはいたしかねます。

.....
新潟県薬剤師会事務局 (FAX 025-281-7735 又は E-mail moushikomi@niiyaku.or.jp) にて

リスクマネジメント研修会 参加申込書

受講方法	集合研修 ・ web 研修			月	日
ふりがな 氏 名		区 分	薬局 ・ 病院 ・ その他		
勤 務 先		電 話			
研修シール	研修センター(薬剤師名簿登録番号 _____) ・ 日 病 薬 ・ 不 要				
web 研修の方	メール アドレス				
	資料送付先	〒 _____			

* 日本薬剤師研修センターの研修シールをご希望の場合、薬剤師名簿登録番号をご記入ください。