

令和3年8月27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 荻野 構一
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、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、新型コロナウイルス感染症に関する基本的事項と、病院・薬局における危機管理、感染防止及び具体的対策に関する理解を深めるため、下記のとおり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、ハイブリッド型研修として開催いたします。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3年10月17日（日） 14:00～16:00

開催方法 : ハイブリッド型研修（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 国際会議室
（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 :
1. 開会挨拶
 2. 特別講演「新型コロナウイルス感染症の基本知識アップデート」
講師：新潟大学医歯学総合研究科
十日町いきいきエイジング講座 特任教授 菖蒲川 由郷先生
 3. 事例発表
 - （1）病院における感染防止策
演者：亀田総合病院 薬剤部長 舟越亮寛先生
 - （2）薬局における感染防止策
演者：日本薬剤師会 常務理事／りぼん薬局 富永孝治先生
 4. 開会挨拶

受講料 : 無料

定 員 : 集合研修 180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3年10月8日（金）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-2「感染制御・管理」）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。
- * J P A L S 研修会コードは「15-2021-0031-101」です。
- *定員に達し次第、申込受付を終了いたします。

集合研修の受講にあたって：

- *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。

w e b 研修の受講にあたって：

- *事前申込いただい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。
- *各研修シールは後日、以下の送付先へ送付します。
 - 日本薬剤師研修センター研修認定薬剤師制度：資料送付先
 - 日病薬病院薬学認定薬剤師制度：ご所属先
- *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 あて (送付文不要)

FAX 025-281-7735 又は E-mail moushikomi@niiyaku.or.jp

【10月17日開催】リスクマネジメント研修会 参加申込書

月 日

| | | |
|---------------|--|------------------|
| ふりがな | | |
| 氏名 | | |
| 勤務先 | | |
| 区分 | <input type="checkbox"/> 薬局 ・ <input type="checkbox"/> 病院 ・ <input type="checkbox"/> その他 | |
| 希望する 研修シール | <input type="checkbox"/> 日本薬剤師研修センター | 薬剤師名簿登録番号： |
| | <input type="checkbox"/> 日病薬 | 日本病院薬剤師会会員番号： |
| | <input type="checkbox"/> 不要 | |
| 受講方法 | <input type="checkbox"/> 集合研修 | |
| | <input type="checkbox"/> web研修 | メールアドレス： |
| | | 資料送付先 〒 _____ |
| 電話番号 | | |

欄はいずれかをチェックしてください。