

令和3年7月7日

会 員 各 位

## 第 163 回新潟薬学会のご案内

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  
新潟薬科大学 薬学部長 酒巻 利行

日ごろ、皆様には格別のご配意を賜り、厚くお礼申し上げます。

このたび、標記学会を下記のとおり開催いたします。今回も前回に引き続き、新型コロナウイルス感染症の拡大防止の観点から、受講者の自宅等でインターネット配信を聴講する形式（Web 研修）とさせていただきます。是非ご参加ください。

### 記

1. 日 時： 令和3年8月22日（日）13：00～16：10

2. 開催方法： Zoom ウェビナーによる Web 研修

3. プログラム（予定）：

● 大学発表（13：00～14：45）

(1) 講演「2020年度 臨床実務実習報告 ～学生からの意見と今後の実務実習の方向性～」  
新潟薬科大学 薬学部 臨床薬学教育研究センター センター長 朝倉俊成

(2) 学生卒論発表 6題 （基礎系、医療系、臨床系 各2題）

● 一般演題発表（14：45～16：10） 「○」：発表者

1) こどものお薬訪問～成育医療の担い手として～

（一社）新潟メディカルプランみなみ薬局 ○田邊香織

2) 一般用医薬品販売における薬局薬剤師の重要性

～PL顆粒におけるOTCと医療用添付文書の違いにおける検討～  
紫竹山薬局 ○吉岡 信

3) 終末期がん患者の薬剤使用量・疼痛スコア・副作用を ICT で共有した事例

いちご薬局下門前 ○伊藤敏紀 樋口大河

4) 日本の次亜塩素酸水の不適切な販売状況

下越病院薬剤課 ○三星 知

5) 病棟業務における処方提案事例の解析結果と今後の課題

済生会新潟病院 薬剤部 ○和田朋海 鈴木光幸 小野田佳子 小竹泰子 中村愛 須佐充  
上村賢介 高橋成博 茂木武 間宵聖太 肥田野綾 内坪誉歳

6) 抗菌薬適正使用加算前後における血液培養要請事例への介入内容の変化

新潟市民病院 薬剤部 ○坂井孝行、塩原悠貴、伊藤敦子、影向晃、田中裕子

4. 参加費：無料（会員・会員以外）

**5. 申込方法：**

- \*参加ご希望の方は、7月30日(金)までにメールまたはFAXで新潟県薬剤師会事務局へお申込みください。
- \*事前申込いただいた方のみ受講が可能です。必ず、申し込み期限までにお申込みください。
- \*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、シール発行等、研修の運營業務のみに使用いたします。

**6. Web 研修の受講に当たって：**

\*この研修会では、新潟県内在住又は在勤の方に限り日本薬剤師研修センター研修認定薬剤師制度又は日病薬病院薬学認定薬剤師制度(カリキュラム区分II-6「教育・研究」)のいずれかの研修シール2単位が発行される予定です。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研修シール交付を受けた方のみ)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

(県外からの参加者には研修シールは発行いたしませんのでご了承ください)。

\*JPALS 研修会コードは「15-2021-0019-101」です。

\*連絡用メールアドレスに個別の接続用URLをご案内いたします(必ず、受講時に使用するメールアドレスでお申込みください)。

\*受講者一人につき一つのメールアドレスをご用意ください(一つのメールアドレスを複数人で使用することはできません)。

\*研修シールの交付にあたり、受講者の受講確認を行います。Zoom ウェビナーの入退室時間および研修の合間にお伝えするキーワードの報告により受講を確認いたします。受講確認ができない場合、研修シールは交付いたしませんのでご了承ください。

\*研修会の資料は事前にメールで送付する予定です。

\*研修シールは研修会終了後、申込書記載の送付先住所宛に郵送いたします。

\*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。

\*問い合わせ先：新潟県薬剤師会事務局 清水、峰田 (TEL：025-281-7730)

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

**第 163 回新潟薬学会(8/22)参加申込書**

\* 申込期日：令和3年7月30日(金)

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	<input type="checkbox"/> 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		
連絡用メールアドレス	※必ず受講時に使用するメールアドレスをご記入ください。		
研修シール送付先	〒 _____ □勤務先 □自宅 ※自宅の場合は自宅電話番号もご記入ください→( 自宅電話番号： )		

\*日本薬剤師研修センターの研修シールをご希望の場合は薬剤師名簿登録番号を、日病薬病院薬学認定薬剤師制度の研修シールをご希望の場合は会員番号をご記入ください。