

各 位

北海道地区調整機構

## 平成 2 8 年度認定実務実習指導薬剤師養成講習会のご案内

薬学教育 6 年制に伴い、平成 2 2 年度より長期実務実習が開始され、関係機関・団体が連携し認定実務実習指導薬剤師の養成が行われているところでありますが、この度も、「学生の指導について (ア)」・「参加型実務実習の実施方法について (オ)」並びに「薬剤師に必要な理念について (イ)」・「実務実習モデル・コアカリキュラムについて (ウ)」を下記のとおり開催する運びとなりましたのでご案内申し上げます。

つきましては、受講希望の方は裏面にございます<別紙>申込書に必要事項を記入の上、6月23日(木)までに、北海道地区調整機構事務局まで F A X (011-831-2412) にてお申込お願いいたします。

また、定員になり次第、締切りとさせていただきますので、定員に達した場合には、お断りのご連絡をさせていただきますので必ずご連絡先の記載をお願いいたします。

**なお、本講習会の受講が今後のワークショップへの参加を確約するものではありませんのでご承知おきください。**

## 《平成 2 8 年度 認定実務実習指導薬剤師養成講習会》

講座：ア（学生の指導について）・オ（参加型実務実習の実施方法について）	
日 時	平成 2 8 年 7 月 3 日（日）13：00～17：00（受付 12：30～）【定員 120 名】
会 場	北海道薬事会館 3 F 研修室 〒062-8631 札幌市豊平区平岸 1 条 8 丁目 5-12 TEL：011-811-0184 ※ 会館裏（公園側）は、月極め駐車場です。駐車できませんご注意ください。薬事会館へお越しの際は、近隣有料パーキングのご利用又は、交通機関のご利用をお願いします。
講座：イ（薬剤師に必要な理念について）・ウ（実務実習モデル・コアカリキュラムについて）	
日 時	平成 2 8 年 8 月 7 日（日）13：00～16：00（受付 12：30～）【定員 120 名】
会 場	北海道薬事会館 3 F 研修室 〒062-8631 札幌市豊平区平岸 1 条 8 丁目 5-12 TEL：011-811-0184 ※ 会館裏（公園側）は、月極め駐車場です。駐車できませんご注意ください。薬事会館へお越しの際は、近隣有料パーキングのご利用又は、交通機関のご利用をお願いします。

主 催：北海道地区調整機構

共 催：北海道薬剤師会、北海道病院薬剤師会

## 1. 受講料：（ア・オ）1,000 円 （イ・ウ）500 円

**2. 受講要件：薬剤師実務経験が 5 年以上の方（6 年制教育を受けて薬剤師となった方は、受講しようとする時点で薬剤師実務経験が 3 年以上の実務経験が必要です。この研修を前もって受講することができず、認定申請をする時に、薬剤師実務経験が 5 年以上経過していなければ申請は受理されません。）**

2. 受講証は、レポート回収時に交付

3. 成果確認：当日会場にて、成果を 1 講座ごとに 250～500 文字程度のレポートとして提出（用紙は会場で準備しております。評価の程度によっては再受講を促す場合もあります）

4. 定 員：7 月 3 日（日）120 名 / 8 月 7 日（日）120 名（両日とも病院薬剤師を含む）

5. プログラム（受付時間は講義開始前 30 分間）&lt;別紙&gt;裏面を参照願います。

6. 遅刻・途中退席は、受講証をお渡しできません。

<p>ア「学生の指導について」 60分 ①学生の指導 75分 ②スケジュールの作成評価について (薬局におけるスケジュールアップについて) ③スケジュールの作成評価について (薬局における実務実習の評価について) ④スケジュールの作成評価について (病院におけるスケジュールの作成について) ⑤スケジュールの作成評価について (病院における実務実習の評価について)</p> <p>オ「参加型実務実習の実施方法について」 30分 ⑥参加型実務実習の実施方法について (法律学の見地から) 約60分 成果のレポート作成</p>
<p>イ「薬剤師に必要な理念について (平成28年版)」 50分 ①薬剤師に必要な理念について</p> <p>ウ「実務実習モデル・コアカリキュラムについて」 50分 ②実務実習モデル・コアカリキュラムについて (事前学習の内容及び大学における評価を含む)</p> <p>約60分 成果のレポート作成</p>

**受講要件：薬剤師実務経験が5年以上の方**（6年制教育を受けて薬剤師となった方は、受講しようとする時点で薬剤師実務経験が3年以上の実務経験が必要です。この研修を前もって受講することはできますが、認定申請をする時に、薬剤師実務経験が5年以上経過していなければ申請は受理されません。）  
詳しくは、日本薬剤師研修HPの「認定実務実習指導薬剤師制度に関するQ&A」をご確認ください。

\*\*\*\*\* 北海道地区調整機構事務局（FAX 011-831-2412）\*\*\*\*\*

## 平成28年度認定実務実習指導薬剤師養成講習会申込書

※参加を希望される会場に○をつけてください。

【講座：ア・オ】 札幌地区（ 7 / 3 ） 北海道薬事会館 3F 研修室

【講座：イ・ウ】 札幌地区（ 8 / 7 ） 北海道薬事会館 3F 研修室

※(ふりがな)

参加者氏名： \_\_\_\_\_

施設名： \_\_\_\_\_

勤務先電話： \_\_\_\_\_

勤務先FAX： \_\_\_\_\_

北海道薬剤師会・北海道病院薬剤師会の（  会員 ・  非会員 ）

※(必ずどちらかに○を記入)

※ 受付の際にお名前を伺いますので必ずふりがなを記載してください。

申込期限：平成28年6月23日（木）