

各 位

北海道地区調整機構

平成 2 3 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、昨年度から長期実務実習が開始されるにあたり、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「薬剤師の理念について (イ)」・「実務実習モデル・コアカリキュラムについて (ウ)」を下記のとおり追加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、北海道地区調整機構事務局まで F A X (011-831-2412) にて開催日の 1 週間前までにお申込お願いいたします。

なお、今年度、最後のご案内となりますので受講いただけない先生におかれましては、北海道薬剤師会支部担当者に相談いただくか、次年度以降に受講いただきますようお願い申し上げます。

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。

《平成 2 3 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 3 年 1 0 月 1 6 日（日） 1 3 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0（受付 1 2 : 3 0 ~）【定員 1 2 0 名】
講座：イ（薬剤師の理念について）・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 3 年 1 1 月 1 3 日（日） 1 3 : 0 0 ~ 1 6 : 0 0（受付 1 2 : 3 0 ~）【定員 1 2 0 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 - 1 2 TEL : 011-811-0184 ※駐車場は台数が限られておりますので、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：(社)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
(用紙は研修センターが準備。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：1 2 0 名
5. プログラム(受付時間は講義開始前 30 分間)<別紙>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 70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 ④参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」 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 ①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>

《この案内を勤務先の薬剤師の方へも周知頂きますよう、よろしくお願い致します》

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

平成23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 (10 / 16)

【講座：イ・ウ】 ・札幌地区 (11 / 13)

(ふりがな)

参加者氏名： _____

薬局名： _____

電話： _____

FAX： _____

私は、北海道薬剤師会・北海道病院薬剤師会の(会員 ・ 非会員)です。

(必ずどちらかに○を記入)

※受付の際に氏名をお聞きしますので必ずふりがなを記載してください。