

令和元年 8 月 6 日

認定実務実習指導薬剤師 各位

一般社団法人薬学教育協議会北海道地区調整機構
委員長 宮 本 篤

令和元年度 指導薬剤師を対象とした薬学教育アドバンスワークショップ開催のご案内

時下ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

この度、平成 27 年度までのプロセス基盤型教育ワークショップを受講の認定実務実習指導薬剤師を対象に、改訂モデル・コアカリキュラムを見据えた学習成果基盤型教育（OBE）の理解のためのアドバンスワークショップ（1 日コース）を開催いたします。

特に、薬学生を受入れる施設の指導薬剤師に積極的にご参加頂きたくご案内いたします。

つきましては、参加を希望される場合は必要事項をご記入の上、9 月 2 日（月）までに当機構事務局宛へ F A X 又はメールにてお申込み下さい。

なお、参加に伴い招聘状が必要な場合は、施設長名および所属長名を明記のうえ、お申込み下さいますようお願い申し上げます。

また、参加案内通知を 9 月中旬までに勤務先へ送付いたしますことをご了承下さいますようお願いいたします。

記

日 時：令和元年 10 月 6 日（日）9：00 ～ 18：30 予定（受付 8：30～）

場 所：北海道科学大学薬学部（〒006-8590 札幌市手稲区前田 7 条 15 丁目）

参加人数：81 名 ＜ 薬局：45 名、病院：27 名、大学 9 名（予定）＞

参加費：5,000 円（昼食は当方にてご用意いたします）

交通費・宿泊費：各自でご負担をお願い致します。

主 催：北海道地区調整機構、薬学教育協議会

お問い合わせ：北海道地区調整機構事務局
TEL：011-811-0184 FAX：011-831-2412
E-MAIL：do-kikou@doyaku.or.jp

【別紙】9月2日（月）必着

送付先：北海道地区調整機構事務局

FAX：011-831-2412 E-MAIL：do-kikou@doyaku.or.jp

令和元年度指導薬剤師を対象とした薬学教育アドバンスワークショップ申込書

※必要事項に○又は記載をお願いします。

■ 所属種別： 病 院 ・ 薬 局

ふりがな
■ 氏 名： 男性 ・ 女性

■ 勤務先名：

■ 勤務先 TEL： FAX：

■ 勤務先 E-MAIL：

■ 認定番号：（認定期限：）

■ 当日緊急連絡先
（携帯番号は、当日の緊急連絡用として使用が必要です。）

■ 所属支部： 支部

※招聘状が必要な場合は、下記に役職名および氏名を記入してお申込み下さい。

	役職名	氏名
施設長		
所属長		

※ご記入いただいた個人情報は、アドバンスワークショップ申込み以外の目的では使用いたしません。