

31都薬会発第524号
令和2年2月14日

地区薬剤師会 会長 殿
実務実習エリア責任者 殿

公益社団法人 東京都薬剤師会
会長 永田 泰造

2020年度 関東地区調整機構主催 認定実務実習指導薬剤師 養成ワークショップの開催について (受講者推薦依頼)

平素より本学会務に格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

今般、関東地区調整機構より標記ワークショップ（以下、WS）の開催につきまして、2020年度は計10回23Pを関東ブロックで開催予定とする旨の連絡がありました。

東京都薬剤師会から受講者を派遣できるWSは、本会が共催する下記WS計7回が該当し、本会受講者枠数は約80名となります。

この度、本会では5月3日～4日開催予定のWS及び8月9日～10日開催予定のWS受講者約68名を募集することといたしました（11月以降のWS受講者につきましては、改めてご案内させていただきます）。

つきましては、貴エリアにおいて、2020年度・2021年度の受入れが決まっているが、退職や産休・長期休職等の理由により指導薬剤師を緊急に養成する必要がある施設から優先して受講者をご推薦いただきたく、3月5日(木)までに、東京都薬剤師会 事務局 職能対策課宛てに【別紙】をメールでご返信くださいますよう、お願い申し上げます。推薦理由は備考欄に必ず記載してください。

また、2020年度より認定実務実習指導薬剤師養成研修の受講にあたっては、原則、養成講習会を受講済みの者が、認定実務実習指導薬剤師養成ワークショップ（以下、WS）への参加が望ましいとする方針が関東地区調整機構で示されました。推薦するWS受講者が、座学講習会を未受講の場合は、4月5日（日）に慶應義塾大学薬学部にて開催する養成講習会を必ず受講いただきますよう、ご案内方宜しく願いいたします。

なお、受講希望者が複数名いる場合は優先順位をつけてご推薦ください。但し、受講いただくWSは原則本会で決定させていただきます。

また、該当者がいない場合も、お手数ですが「該当者なし」でご返信ください。

受講者は都薬会員あるいは都薬会員薬局に勤務する薬剤師をご推薦ください。推薦者多数の場合は、本会で受講者を決定させていただきます（都薬会員優先）。

事情ご賢察の上、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

記

1. 開催日・場所（予定）

開催回	開催日	開催場所	共催	規模	募集人数*
第1回 第2回	5月3日(日・祝) ～4日(月・祝)	帝京大学 板橋キャンパス	埼玉県薬 東京都薬 茨城県薬 保険薬局協会	2P6S 2P6S	17名
第3回	5月3日(日・祝) ～4日(月・祝)	帝京平成大学 中野キャンパス	東京都薬 千葉県薬 保険薬局協会	3P9S	34名
第4回	8月9日(日) ～10日(月・祝)	昭和薬科大学	神奈川県薬 東京都薬 保険薬局協会	2P6S	17名
第8回	11月22日(日) ～23日(月・祝)	帝京平成大学 中野キャンパス	東京都薬 千葉県薬 茨城県薬 保険薬局協会	3P9S	17名
第9回 第10回	2021年 1月10日(日) ～11日(月・祝)	帝京大学 板橋キャンパス	埼玉県薬 東京都薬 千葉県薬 神奈川県薬 保険薬局協会	2P6S 2P6S	17名

* 募集人数は最多募集人数を記載してあります。

2. 開催時間 第1日 9:00 ～ 20:30

第2日 9:00 ～ 18:00（終了時間が多少遅れる場合もあります）

3. 参加募集人数 第1回～第4回の4回分で本会より計約68名

* 参加者構成内訳＝薬局6：病院2：大学1

* 各回とも混成グループとなります。グループ内で参加者の所属が偏らないよう割振りますので、受講回は割振り後にお知らせします。

4. 参加費 15,000円

* テキスト代、2日間の昼食代・飲み物代、情報交換会代を含みます。

* 振込方法・振込先については、WS受講決定者にお知らせします。

5. 受講資格

- ①実務経験 : 薬剤師実務経験が5年以上あること。なお、6年制の薬学教育を受けて薬剤師となった者は、薬剤師実務経験が3年以上あれば、認定実務実習指導薬剤師養成研修を前もって受講することができるものとする。この場合、認定実務実習指導薬剤師の認定申請は、薬剤師実務経験が5年以上となつてからでなければ行うことができない。
- ②勤務状況 : 病院又は薬局における実務経験が受講しようとする時点において 継続して3年以上であること、かつ、現に病院又は薬局に勤務している者であること。

以下、勤務先等の望ましい条件等については、(公財)日本薬剤師研修センターホームページをご参照ください。

- * 認定実務実習指導薬剤師養成研修を受講される方は、原則として「座学講習⇒WS」の順に受講してください。
- * 今後の受入態勢の維持・強化を図るため、若手の指導薬剤師の養成に努めていただきますよう、ご高配の程お願い申し上げます。

6. 提出期限 3月5日(木)までに、別紙で報告してください。

7. 本件に関するお問合せ／受講推薦者の報告先

東京都薬剤師会 事務局 職能対策課

TEL : 03-3294-0096 Fax : 03-3295-2333

E-メール : syokunou@toyaku.or.jp

以上

【別紙】

2020年度 関東地区調整機構主催 認定実務実習指導薬剤師養成WS受講者推薦用紙

優先順位	受講者氏名	フリガナ(半角)	都薬会員番号 (会員外の方は 会員外と記入)	勤務先施設名	〒	勤務先住所	E-mail	勤務先TEL	携帯TEL又は 当日緊急連絡先	年齢	性別	出身大学	2018年4月以降の 座学講習会 受講の有無 ○ or ×	実務経験年数 (2020年5月3日 現在・6年制卒 は記載)	実務経験 継続 年数 (2020年5月3日 現在)	備考欄 (推薦理由を 記載)	参加の可否 ○ or ×		
																	5/3~4	8/9~10	
1																			

* 参加者定員が複数の場合は、記載欄をコピーして優先順に入力してください。

* 推薦理由を必ず入力してください(ex指導薬剤師が産休となる)。緊急養成を必要とする場合は受入れる時期(令和〇年〇期に受入予定)を記載してください。

* 2018年4月以降に開催された座学講習会を既に受講済みの場合は「○」を、未受講の場合は「×」を記載してください。なお、2020年4月5日(日)開催の養成講習会参加予定の場合は「○」を記載してください。

* 「1. 開催日・場所」一覧表をご参照の上、5月3~4日及び8月9~10日の日程のうち、どうしても参加できない日程がある場合は「×」を、どちらでも参加が可能な場合は両日程欄に「○」を記載してください。但し、受講いただくWSは原則本会で決定させていただきます。

* 受講者を推薦いただく際は必ず **受講資格(実務経験5年以上(6年制卒は3年以上)、実務経験継続年数3年以上)** を満たすことをご確認ください。

* 該当者がいない場合は「該当者なし」でご報告ください。

【提出期限: 2020年3月5日(木)】

地区薬剤師会名

報告者氏名

連絡先電話番号