

会員各位

公益社団法人鹿児島県薬剤師会
会 長 上 野 泰 弘

医療安全研修会のご案内
〔日本薬剤師会研修センター認定講座 集合研修 1 単位〕
JPALS 研修会コード (46-2019-0169-101)
日病薬病院薬学認定薬剤師制度に基づいた研修会 1 単位(申請中)

拝啓 新春の候、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

医療安全研修会を下記のように開催いたします。

医療安全に関する研修として、上尾中央医科グループ 白岡中央総合病院 医療安全管理課 課長 渡邊 幸子 先生をお招きしております。調剤事故・調剤過誤等に対する精神論ではない安全対策についてこの機会に学んでいただければと思います。

受講をご希望の方は参加申込書に必要事項をご記入の上、令和 2 年 2 月 7 日（金）までに、県薬事務局へ FAX（099-254-6129）にてお申込みくださいますようお願い申し上げます。

敬具

記

1. 日 時 令和 2 年 2 月 23 日（日）10:00～12:00

2. 場 所 鹿児島県薬剤師会館 3F ホール

（鹿児島市与次郎 2 丁目 8 番 15 号 TEL 099-257-8288）

【1】第一部 10:00～11:15

座長：鹿児島県薬剤師会 副会長 福岡 龍一

「調剤事故・調剤過誤等に対する精神論ではない安全対策（仮）」

上尾中央医科グループ 白岡中央総合病院

医療安全管理課 課長 渡邊 幸子 先生

【2】第二部 11:15～12:00

グループワーク「精神論ではない安全対策」

上尾中央医科グループ 白岡中央総合病院

医療安全管理課 課長 渡邊 幸子 先生

<お知らせ>

令和元年 7 月より、日本薬剤師研修センター研修シールを受け取る際は薬剤師免許番号の提示が必要です。バーコード入りの会員証または受講支援カードをご用意ください。お持ち頂けない場合は受付で薬剤師免許番号のご記入をお願いしますのでご理解とご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

また、研修開始 30 分を過ぎての入場には研修センターシールをお渡しいたしませんのでご注意ください。

医療安全研修会参加申込書

勤務先名						
◆フリガナ	薬剤師名簿 登録番号 (記入必須)	区分(○で回答)			必要単位【シール】 (いずれか○で回答)	
氏名 (受講証記載)		1. 県薬 会員	2. 県病 薬会員	1, 2 以外の方	研修 センター	日病薬
◆						
◆						

※県薬会員以外の方はお手数ですがご連絡先を必ずご記入ください。(鹿児島県薬剤師会会員以外の方必須)
 住所：〒
 TEL： FAX：

- ※ 研修開始 30 分を過ぎての入場には各シールをお渡しいたしませんのでご注意ください。
- ※ **県薬会員(正会員及び賛助会員、寿会員、特別会員)及び病薬会員の受講料は不要です。**
- ※ 天候不良等で中止又は延期の際は、当会ホームページで前日までにお知らせいたします。
- ※ 県薬会員・県病薬会員以外の方の受講料は 3,000 円(内消費税 10%)となります。
 受講を希望される際には事前にお振込みください。
 ☆ 振込の際は、研修番号 0223+名義 の入力をお願いいたします。(例『0223 ケヤク知』)
 [振込先] 鹿児島銀行鴨池支店 普通預金 1086746 公益社団法人鹿児島県薬剤師会

受講料振込用紙貼り付け欄 (会員以外の方 受講料 3000 円(内消費税 10%))

※受講料振込後に振込用紙の控えを貼付(別紙でも可)してからお申込みください。

☆託児ルームご利用の方はご記入下さい(無 料)

・預けられるお子様は (歳：お名前 男・女 / 歳：お名前 男・女)
 (歳：お名前 男・女 / 歳：お名前 男・女)

・預けられるお時間 _____ : _____ ~ _____ : _____ まで

・当日連絡がとれる連絡先等 _____ (_____)

※専門の方に委託しますので、お申し込み・キャンセルのご連絡は必ずお願いします。

※お子様のお食事、お飲みもの等はご持参下さい。

・預けられるにあたって注意してほしい事

(_____)

☆お体の不自由な方、又は妊婦等で3階ホールでの受講が困難な方は1階で中継を視聴できるよう準備いたします。ご希望の際は下記に理由・特記事項をご記入下さい。

※ 申込期限は2月7日(金)まで (定員に達し次第、申込受付を終了致します。)

申込先 FAX 099-254-6129 (県薬剤師会事務局)