栃薬会第４７５号

令和４年３月１５日

会員各位

栃木県薬剤師会

　副会長　田中　友和

**「認定実務実習指導薬剤師養成ワークショップ」及び**

**「認定実務実習指導薬剤師養成講習会（座学）」**

**参加希望者リストの作成について**

　平素は本会会務にご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

令和４年度の「認定実務実習指導薬剤師養成ワークショップ」及び「認定実務実習指導薬剤師養成講習会（座学）」は、栃木県単独では行わず、他県と合同での開催を予定しております。

　つきましては、参加希望者リスト（ウエイティングリスト）を作成いたしますので、参加を希望される場合は、別紙「ワークショップ参加資格」及び「講習会受講資格」の要件を満たしていることをご確認のうえ、ご登録ください。以前にウエイティングリストに登録いただいた場合でも、改めて登録が必要です。

なお、参加人数枠等により、登録いただいてもすべての方が参加できるとは限りませんので、ご了承ください。

記

【参加希望者リスト（ウエイティングリスト）】

１．登録方法：別紙「認定実務実習指導薬剤師養成ワークショップ及び講習会

参加希望者（ウエイティングリスト）登録用紙」に必要事項を

ご記入のうえ、所属のエリア担当者（別添名簿参照）へFAXま

たは郵送でご提出ください。

２．提出期限：令和４年３月２５日（金）まで

(一社)栃木県薬剤師会 薬局実務実習委員会

TEL：０２８—６５８—９８７７

FAX：０２８—６５８—９８４７

　E-Mail：ukeire@tochiyaku.com

**認定実務実習指導薬剤師養成ワークショップ及び講習会参加希望者**

**（ウエイティングリスト）登録用紙**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  氏　　名 | |  | | | | 性別 |
|  | | | |  |
| 地域薬剤師会名 | |  | | | | |
| 年　　齢 | | 歳 | | 卒業年制 | 年制 | |
| 薬剤師実務経験年数 | | 年 | | | | |
| 現施設での実務経験年数 | | 年  （受講時点における薬剤師実務経験は、継続して３年以上必要です。） | | | | |
| 連絡先  (勤務先) | 名称 | （法人名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 所在地 |  | | | | |
| TEL/FAX | TEL　　　　　　　　/ FAX | | | | |
| 携帯電話番号 |  | | | | |
| E-mail |  | | | | |
| ワークショップ・  講習会受講の有無  （受講済みのものがあれば  ご記入ください） | | ワークショップ | 年　　月　　日 受講済み | | | |
| 講習会（座学  ①・②・③） | 年　　月　　日 受講済み | | | |
| 今後、受講を希望する  ワークショップ及び講習会  （受講を希望するものに○を  つけてください） | | １．ワークショップ  ２．講習会（座学） | | | | |
| 受講理由  （急ぎで受講する必要がある場合は、その理由もご記入ください） | |  | | | | |
| ※上記にご記入のうえ所属のエリア担当者へご提出ください。 | | | | | | |
| エリア担当者記入欄 | |  | | | | |