

平成29年 7月27日

会員各位

高知県薬剤師会 薬学生実習受入れ委員会
高知県病院薬剤師会 薬学教育研修委員会

認定実務実習指導薬剤師 養成講習会 講座 ア・イ・ウ・オ 開催のご案内

日時：平成29年 8月27日（日） 10：10～17：00

場所：高知県薬剤師会 会議室 総合あんしんセンター 2階
高知市丸ノ内1-7-45 TEL 088-873-6429

養成講習会 I 【講座 イ・ウ】 定員30名

内容：10：10～11：10 講座イ：薬剤師の理念について

11：10～12：00 講座ウ：実務実習モデル・コアカリキュラム

12：00～12：20 成果報告書作成

養成講習会 II 【講座 ア・オ】 定員30名

内容：13：20～14：25 講座ア：①学生の指導について

14：25～15：50 ②スケジュールの作成・評価について

15：50～16：20 講座オ：参加型実務実習の実施方法について

16：20～17：00 成果報告書作成

*養成講習会 I・IIはDVD視聴後、成果報告書を提出していただきます。
*定員になり次第、申込みを締め切らせていただきますので、ご了承ください。
*高知県薬剤師会会員及び、高知県病院薬剤師会会員以外の参加者の方は、参加費として3,000円を当日いただきます。
*上記講習会は、遅刻・早退は厳禁となっておりますのでご注意ください。
*当会場内で飲食はできませんので、昼食等は近隣の飲食店等でお取りください。
*当日は「休日急患センター」が診療を行っております。参加者には、後日駐車スペースの地図をFAXいたしますので、指示に従って駐車してください。
*お申し込み後、都合によりキャンセルされる場合は必ずご連絡ください。
*受講要件が満たされている方のみ参加となりますので、裏面の実施要領5の①・②を参考にお申込みください。

申込先：高知県薬剤師会事務局 FAX 088-822-8734

平成29年 8月27日（日）in 高知県薬剤師会会議室 10：10～17：00

養成講習会 … 講座（イ・ウ・ア・オ）に参加する。

※参加講座へ○を入れてください。

お名前： _____

勤務先： _____

電話番号： _____

FAX番号： _____