

地区薬剤師会 会長 殿

公益社団法人 東京都薬剤師会
会長 永田 泰造

認知症サポート薬剤師 面接授業 (e-ラーニング講座スクーリング)のご案内

平素より本会会務に格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

このたび、認知症サポート薬剤師 e-ラーニング講座(<http://www.toyaku.or.jp/>)の受講終了者を対象としたスクーリング(面接授業)を下記のとおり開催いたします。e-ラーニング講座をご覧いただいた上で、他の受講者と意見を交換することで、よりよい解決策を考える講座になっています。

ご多忙の折とは存じますが、貴会会員へご周知のほど、よろしくお願い申し上げます。

なお、受講者には修了証及び認知症サポーターとしてオレンジリングを授与いたします。

記

日 時：令和元年 11 月 17 日(日) 12:30 ～ 16:30 (受付開始 12:00)
場 所：慶應義塾大学 芝共立キャンパス 2号館 4階 460大講義室
内 容：

- ・認知症サポーター養成講座 基本カリキュラム
- ・グループワーク (情報共有を目的とした話し合い)
- ・認知症患者ご本人と看護の立場からの語り

講 演：「急激にできないことが増えていく、その不安と向き合う毎日」(仮)

講師 (ご本人) 森尾 累美子 氏

講師 (パートナー) 柏木 とき江 氏

(日本認知症本人ワーキンググループ/ともに歩む認知症の会・いばらき)

*内容は一部変更になることがあります。詳細は本会 HP 「認知症サポート薬剤師を目指して」
(<http://www.toyaku.or.jp/improvement/progress/dementia.html>) でご確認ください。

受講資格：e-ラーニング講座を受講終了された、または当日までに終了予定の薬剤師

受講料：一般 ¥3,000 (都薬及び都病薬会員 ¥1,000)

定 員：60名 (申込多数の場合は抽選)

申込期間：令和元年 9 月 17 日(火) 9:00 ～ 令和元年 10 月 11 日(金) 17:00

申込方法：別紙申込票を用いて、FAXにてお申し込みください。

※公益財団法人日本薬剤師研修センターへの提供：研修認定制度の適切な運用のため、研修受講シール交付にあたり、日本薬剤師研修センターに受講者氏名、薬剤師免許番号を含む受講者名簿を提供いたします。

申 込 先：〒101-0054 東京都千代田区神田錦町 1-21
東京都薬剤師会 薬事情報課

FAX 03-3295-2333 TEL 03-3292-0735

当会より本講座の参加可能のお知らせとともに振込方法をご連絡いたします。受講料をお振込みいただいたのち、受講票を発送致します。
なお、当日は受講票を必ずお持ちください。また、会員の方は会員証もお持ちください。

認知症サポート薬剤師 面接授業
 (e-ラーニング講座スクーリング) FAX 申込票
 03 - 3295 - 2333

(発信前に再度 FAX 番号をお確かめください)

研修会名	認知症サポート薬剤師 e-ラーニング講座 スクーリング (面接授業)												
開 催 日	令和元年 11 月 17 日 (日) 12 時 30 分～												
フリ 氏 名													
性別・年代 (該当するものに○)	男・女	20代	30代	40代	50代	60代	70代 以上						
研修受講シール 交付について	<input type="checkbox"/> 希望する ⇒ 薬剤師免許番号 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> </table>												<input type="checkbox"/> 希望しない
所 属	都薬会員 ・ 都病薬会員 ・ (都外)日薬会員 ・ 無所属												
e-ラーニング講座 受講状況	全コンテンツ受講済み ・ 受講途中 (受講途中の方はスクーリング当日までに必ず終了しておいてください)												
勤 務 先	施設名 :												
	所在地 : 〒 —												
受講票等送付先住所	① 同上 (勤務先) ② ①以外 (ご自宅・その他) *以下に送付先をご記入ください 〒 —												
電話番号 (勤務先 ・ ご自宅)	()												

連絡先
 〒101-0054 東京都千代田区神田錦町 1-21
 公益社団法人 東京都薬剤師会
 薬事情報課 (佐藤・神戸)
 TEL 03-3292-0735 FAX 03-3295-2333