

令和元年度 登録販売者研修会(外部研修)開催のご案内

東京都薬剤師会では、外部研修の実施機関の認可を得て、平成24年度より「登録販売者研修会(外部研修)」を開催しております。令和元年度も下記のとおり開催します。

この研修は、平成24年より一般用医薬品の販売に従事するすべての登録販売者に対し、外部研修を毎年12時間以上受講することが義務化された(厚生労働省『登録販売者の資質向上のための外部研修に関するガイドライン』)ことを受け、会員の薬局並びに店舗販売業に従事する登録販売者の資質向上を目的に開催しております。

本年も6時間の研修を日本薬剤師会と共催し、内容を充実させて開催いたします。ガイドラインに従った研修を行なうため、各日程で確認テストを行い、研修内容の習得の確認を行なった上で修了証の発行を行ないます。開催日程をご確認の上申込みください(補講は実施いたしません)。

受講をご希望の方は、**専用申込書**にて東京都薬剤師会までファクシミリでお申し込みください。申込受付者には、当会から**案内書と受講料請求書並びに払込票**をお送りいたします。

対象者、募集人数及び募集開始日

対象者： 店舗に従事する 登録販売者

募集人数： 80名 (先着順 定員になり次第締め切らせていただきます)

募集開始日： 8月5日(月) から申込み受付 → 9月9日(月) まで

日程・会場： 1回目： 9月29日(日) ビジョンセンター浜松町 4階
2回目： 10月27日(日) エッサム本社ビル 4階 こだまホール
3回目： 12月 1日(日) エッサム本社ビル 4階 こだまホール

研修スケジュール

回	開催日	時間帯	研修内容	授業時間
1 回目	主催：(公社)日本薬剤師会 (公社)東京都薬剤師会 令和元年9月29日(日) 会場：ビジョンセンター浜松町 4階 (港区浜松町2-8-14浜松町 TSビル)	9:00 ~ 16:45 (予定)	1 一般用医薬品が果たす役割と登録販売者に求められる資質 日本薬剤師会 常務理事 渡邊 和久 氏	6 時間
			2 症状からみた医薬品の適用とその作用 (胃腸に用いられる漢方薬) 東京都薬剤師会 海老原 寛人 氏	
			3 人体の構造と薬の特性 帝京平成大学 薬学部 薬学科 福島 紀子 氏	
			4 一般用医薬品の適正使用と安全対策 日本薬剤師会 一般用医薬品等委員会 磯木 雄之輔 氏	
			5 症状からみた医薬品の適用とその作用 (胃腸に用いられる一般用医薬品) 日本薬剤師会 一般用医薬品等委員会 亀山 貴康 氏	
			6 最近の薬務行政について ~医薬品販売制度について~ 厚生労働省医薬・生活衛生局総務課	

2 回 目	主催：(公社)東京都薬剤師会 令和元年10月27日(日) 会場：エッサム本社ビル こだまホール (千代田区神田須田町1-26-3)	12:30 ~ 15:50	1	症状からみた医薬品の適用とその作用 (解熱鎮痛薬) 東京都薬剤師会 理事 犬伏 洋夫	3 時 間
			2	アスリートへの医薬品等の販売について アンチ・ドーピング活動推進 WG	
			3	医薬品の情報収集について (仮) 東京都薬剤師会 理事 石川 さと子	
3 回 目	主催：(公社)東京都薬剤師会 令和元年12月1日(日) 会場：エッサム本社ビル こだまホール (千代田区神田須田町1-26-3)	12:30 ~ 15:50	1	一般用医薬品販売における英語対応について 東京都薬剤師会 相談役 原 博 大石 咲子氏	3 時 間
			2		
			3	症状からみた医薬品の適用とその作用 (漢方薬について) (仮) 東京都薬剤師会 理事 田極 淳一	

受講料 一般受付 18,000円 (全3回分 税込)

都薬会員の所属する店舗の従事者は 12,000円 (全3回分 税込)

東京都薬剤師会 修了証発行実績について

平成25年度 116名、平成26年度 103名、平成27年度 111名、平成28年度 87名、
平成29年度 67名、平成30年度 62名

問合先：東京都薬剤師会 薬事情報課 田代 TEL03-3292-0735

F A X 03-3295-2333

※番号をお間違えないようご注意ください。

令和元年度 登録販売者研修会 申込書

公益社団法人 東京都薬剤師会
会長 永田泰造 殿

(必須) 送信日 令和元年 月 日
受付 8月5日(月)～9月9日(月)

※ 申込書に不備がある場合、送付ができない場合がございますのでご注意ください。
F A X 終了後も、詳細連絡の到着までこの申込用紙は大切に保管願います。

受講希望内容	受講料	全3回 12時間 ￥18,000	都薬使用欄
	(いずれかに○)	全3回 12時間 ￥12,000 (都薬会員の所属する店舗の従事者)	受付No.
		都薬会員の氏名：(必須)	受講料

受講者データ 勤務先	薬局名			
	薬局住所	〒 _____ (必須) 区・市		
	電話番号	—	—	
	FAX番号	—	—	
	緊急連絡用 本人携帯番号	(任意)	—	—
	フリガナ			
	登録販売者 氏名			
	性別	男 ・ 女	年齢	歳
	登録販売者の 資格取得年	平成 年		
	当会の登録販売者研修会（平成24～30年度開催）の受講歴 ○をつけてください なし ・ あり（平成24・25・26・27・28・29・30年度）			

上記のとおり、標記研修会の受講を申し込みます。

◇ ここに記入いただいた個人情報は、標記研修会の関連業務以外には使用しません。