

佐賀県病院薬剤師会
—佐賀県薬剤師会合同研修会

第2回

がん薬物療法 薬薬連携研修会

2022年3月5日(土) 17:00~18:30

開催形式 オンライン開催（会場参加はございません）

教育講演 17:00~17:30

『 佐賀大学医学部附属病院における 連携充実加算の運用について 』

佐賀大学医学部附属病院 薬剤部 係長 竹内 耕治 先生

本講演は佐賀大学医学部附属病院における連携充実加算/当該保険薬局における
薬剤服用歴管理指導料 特定薬剤管理指導加算2の【施設基準】地域薬局薬剤師等を
対象とした抗悪性腫瘍剤の化学療法に係る研修会に該当します。

特別講演 17:30~18:30

『 免疫関連有害事象と薬薬連携 』

佐賀県医療センター好生館 薬剤部 主任 黒部 健太郎 先生

本講演は佐賀県医療センター好生館における連携充実加算/当該保険薬局における
薬剤服用歴管理指導料 特定薬剤管理指導加算2の【施設基準】地域薬局薬剤師等を
対象とした抗悪性腫瘍剤の化学療法に係る研修会に該当します。

参加費 会員：無料，共催施設（佐賀大学/好生館）職員：無料
非会員：¥1,000

※ 日本薬剤師研修センター単位をご希望の方は別途送料として¥300徴収いたします。
詳細は参加申込ページよりご確認ください。

●日病薬病院薬学認定薬剤師制度(1単位)申請中 ●日本薬剤師研修センター(1単位)申請中

参加をご希望される先生は、裏面より事前登録をお願い申し上げます

主催：（一社）佐賀県薬剤師会

共催：佐賀県病院薬剤師会（がん緩和ケア部会），

佐賀大学医学部附属病院 薬剤部，佐賀県医療センター好生館 薬剤部

佐賀県病院薬剤師会—佐賀県薬剤師会合同研修会 第2回 がん薬物療法 薬薬連携研修会

参加申込フォーム

申込期間

2月1日(火)～2月22日(火)



二次元コード又は下記のURLよりお申し込み下さい。

個人情報は、本研修会の運営のため適切に取り扱いさせていただきます。

定員に達した場合は、締切よりも早く申し込みを終了させていただきます。

<http://www.sagayaku.or.jp/ganyakubutu>

申込時の留意事項

- 本研修会では**Google Meet**を使用して配信いたします。予め、Googleアカウントと視聴できる環境の準備をお願いいたします。
- 研修会参加時には表示される氏名を登録時のものと同じ記載（漢字氏名）にしていただくようお願いいたします。また、使用されるアカウント（メールアドレス）に関しても登録時にご記載いただいたものと同じものをご使用ください。これらが守られない場合は単位認定できない場合がございます。予めご了承ください。
- 薬剤師研修センター受講シールの取得を希望される方は、申し込む際に必ず薬剤師免許番号をご入力ください。薬剤師免許番号の入力誤りについて当会は一切責任を負いません。
- 薬剤師研修センターと日本病院薬剤師会病院薬学認定の単位は一緒に取得できません。いずれか一方をご選択いただきますようお願いいたします。
- 佐賀県病院薬剤師会**会員以外の方**で、日病薬病院薬学認定薬剤師制度の単位シールの取得を希望される方は**次頁に従い、単位シールの送付手続きをお願いいたします。尚、会員の方へは、定期メール便にて発送いたします。**
- 講演中に3つのキーワードを提示いたします。各単位取得をご希望の方は、受講後～当日24時までの間に講演中に提示するフォームから送信をお願いいたします。
- 途中参加、途中退出では単位が認定されない場合があることをご留意ください。
- 講演中はカメラOFF、ミュートにご協力をお願いいたします。公序良俗に反する言動、チャット機能などを利用した他受講者への迷惑行為などを認められた際には強制退出とさせていただきます。

佐賀県病院薬剤師会研修を Web で受講され、研修シール等の配布を希望される方は、下記の「お願い」に従って、申込み手続きをお願いいたします。

尚、佐賀県病院薬剤師会の会員の方は本申請は不要です。

お願い

- ・下記の申請書に漏れなく記載の上、返信用の切手を貼った返信用封筒と共に下記の送付先に必ず郵送して下さい。
- ・申請の申込み封筒には「**研修シール申請書在中**」と明記しておいて下さい。
- ・同封していただく**返信用封筒にはシール送付宛先（住所・郵便番号・氏名）と必要額の切手を貼付**しておいてください。書留郵送を希望される場合は追加の切手の貼付と書留と記載して下さい。
- ・また、研修シールの配布には2~3ヶ月必要な場合がありますのでご了承下さい。

佐賀県病院薬剤師会研修シール申請書

申請者氏名 _____

連絡先

- ・郵便番号及び住所

〒 _____

住所 _____

電話番号 _____

所属医療機関名称 _____

私は、____月____日に開催された佐賀県病院薬剤師会（主催・共済）の研修会
研修会名

_____の Web 研修を受講しました
ので、該当する研修シール等を配布していただくよう返信用封筒を同封して申し込みいた
します。

連絡・メモ等：.....

申請先：〒849-8501 佐賀市鍋島5丁目1番1号 佐賀大学医学部附属病院薬剤部内
佐賀県病院薬剤師会事務局 電話：0952-34-3172 担当 大石まで