

佐賀県薬剤師会会員各位

一般社団法人 佐賀県薬剤師会 会長 佛坂 浩
理事(学術・疾病担当) 福島 あさ子

『佐賀県病院薬剤師会—佐賀県薬剤師会 合同研修会
第 4 回がん薬物療法 薬薬連携研修会』開催のご案内

本年度も「がん薬物療法 薬薬連携研修会」を下記の通り実施いたします。

なお、講演①～④は各演者施設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。

記

日時：令和 6 年 1 月 13 日（土） 17:00～19:00

■Program

【一般講演】17:00～18:40

テーマ：「トレーシングレポートの活用術について」

講演①『外来化学療法への薬剤師の関わり～今やっていることと今後の課題～』

唐津赤十字病院 薬剤部 木下 智広 先生

講演②『当院における連携充実加算の取り組み』

嬉野医療センター 薬剤部 田代 紘士 先生

講演③『当院でのトレーシングレポートの活用法などについて』

佐賀県医療センター好生館 薬剤部 水田 秀貴 先生

講演④『当院における施設間情報連絡書の活用と課題』

佐賀大学医学部附属病院 薬剤部 猪口 雅章 先生

講演⑤『薬局におけるトレーシングレポートを用いた連携事例』

(株)太平 タイヘイ薬局メディカルモールおぎ店 笹野 寿基 先生

【総合討論】18:40～19:00

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、佐賀県医療センター好生館、唐津赤十字病院、嬉野医療センター

■認定単位

- ・日本薬剤師研修センター1 単位予定
- ・日病薬病院薬学認定 1 単位予定

■会場受講：定員 90 名

会場：佐賀県薬剤師会館 2 階 研修ホール

■オンライン受講：定員 90 名

■オンライン受講の方法

受講申し込み時にご登録のメールアドレスに 2024 年 1 月 8 日前後にウェビナー登録メールを送信いたします。ウェビナーへご登録頂くことで当日視聴可能となりますので、忘れずにご登録をお願いいたします。

本講演会は医療用医薬品に関する情報を取り扱いますので、医療関係者以外の方がいらっしゃる公共の場所などからのアクセスはお控えください。また、録音、録画、撮影等はお控えください。

※病薬単位ご希望の方のみ、以下および3項目を必ずご確認ください。

- ・Web 聴講確認のため、研修会中にキーワードが公開されます。
- ・受講される方は、研修会終了後に回答フォームからキーワードの入力をお願いいたします。
- ・10 分前までにご入室ください。17 時より 5 分以上過ぎてご入室された場合、また確認テストで誤答・無回答の場合は研修単位の配布が無効となる場合がございますのでご了承ください。

《日病薬病院薬学認定薬剤師制度の単位シールの送付に関して》

- ・佐賀県病院薬剤師会会員の方は、佐賀県病院薬剤師会の定期便にて単位等を各施設に送付いたします。
- ・佐賀県病院薬剤師会非会員の方で、単位取得を希望される方は次頁に従い、単位の送付手続きをお願いいたします。

■受講料

佐賀県薬剤師会会員 (佐賀県病院薬剤師会会員含)	無料
非会員	¥1,000

* 会場参加：研修会当日、会場受付で納入して下さい。おつりのないようご協力ください。

* オンライン受講：下記ゆうちょ口座に払い込んでください。払い込みがない場合は、受講申し込みが確定しません。尚、振込先に関する不明点がある場合は、佐賀県薬剤師会事務局（0952-23-8931）までお問い合わせ下さい。

記号番号：01780-7-18539

加入者名：シャダンハウジンサガケンヤクザイシカイ

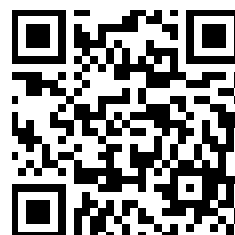
振込期日：2024 年 1 月 5 日(金)

■申し込み方法

下記 URL よりお申し込みください。QR コードからもアクセス出来ます。

【申し込み締め切り日】2024 年 1 月 5 日（金）

<https://forms.gle/so1UDFj5rVJ2EGei7>



佐賀県病院薬剤師会研修会の会員以外への研修シール配布について

佐賀県病院薬剤師会研修会を 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・共催）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/土井 まで

開催場所／駐車場へのアクセス



駐車場についての補足：

佐賀女子短大の“教職員駐車場”をご利用下さい

