

宮病薬 1 - 54 号
令和元年 12 月 6 日

宮崎県病院薬剤師会 会員各位

宮崎県病院薬剤師会
会長 池田 龍二



「令和元年度 宮崎県薬剤師認知症対応力向上研修（宮崎県委託事業）」の
お知らせ

拝啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

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。

さて、宮崎県薬剤師会より、厚生労働省認知症地域医療支援事業の委託を受け、県内で勤務する薬剤師を対象に標記研修会を下記の通り開催するとの連絡がありました。受講を希望される方は、参加申込書をご記入の上、令和2年1月9日までにFAXにて宮崎県薬剤師会事務局（FAX:0985-25-8069）へお申し込みください。

敬具

記

【受講対象】：県内で勤務する薬剤師

【日 時】：令和2年1月19日（日） 13：00～16：30

【会 場】：J A ・ A Z Mホール別館 302 研修室
〒880-0032 宮崎市霧島1-1-1 TEL0985-31-2000

【募集定員】：120名（定員になり次第締め切らせていただきます。）

【内 容】：(1) 認知症の基本知識

吉田病院認知症疾患医療センター センター長 富田 精一郎 先生

(2) 認知症の人への対応（薬学的管理、気づき・連携）

宮崎県薬剤師会 地域医療・保健委員会 平田 淳也 先生

(3) 認知症の人を支える仕組み（制度）

宮崎県 福祉保健部 長寿介護課 主査 橋本 俊和 先生

【受講単位】：（公財）日本薬剤師研修センター集合研修2単位（予定）

※申し込みをされた方には、後日「受講票」をお送りいたします。

※当日は研修会カード（QRコードカード）をご持参ください。

※研修会カードをお持ちでない方は、受付にて受講者名簿へのご記入後に研修受講シールをお渡しいたします。

以上



宮崎県薬剤師会事務局 FAX : 0985-25-8069

参加申し込み（令和元年度 宮崎県薬剤師認知症対応力向上研修）

勤務先名 _____（地域薬剤師会名： _____）

勤務先住所 〒 _____

連絡先（TEL） _____（FAX） _____

氏名 _____ 薬剤師番号 _____ 生年月日(西暦) _____年 _____月 _____日

氏名 _____ 薬剤師番号 _____ 生年月日(西暦) _____年 _____月 _____日

氏名 _____ 薬剤師番号 _____ 生年月日(西暦) _____年 _____月 _____日

※修了証作成に必要な項目が含まれます。正確にご記入ください。

申込締切：令和2年1月9日（木）まで

（問い合わせ先）

（一社）宮崎県薬剤師会 担当：水野
〒880-0813 宮崎市丸島町2番5号
TEL0985-26-7755 FAX0985-25-8069