

宮病薬 第 30-66 号
平成 31 年 2 月 14 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



専門薬剤師・認定薬剤師の認定制度に係る各専門領域講習会における
受講証の当日発行に関するお知らせ（通知）

拝啓

余寒の候、先生方におかれましては、益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、各種専門薬剤師・認定薬剤師認定申請を行う際に使用できる単位の 1 つとして「各都道府県が認定する講習会」が定められており、本会におきましても規定に沿って対応しております。「各都道府県が認定する講習会」の要件として、確認試験の実施など成果の確認が必要であり、本会では、これまで成果報告書の後日提出をもって受講証を発行して参りましたが、平成 31 年 3 月より、講習会開催当日の受講証発行に対応致します。

これに伴い、下記の通り運用を変更致します。また、受講証の右上に日病薬病院薬学認定薬剤師制度研修単位シールの貼付欄を設けましたのでご活用下さい。（別紙 1）

尚、ご不明な点等ございましたら、宮崎県病院薬剤師会事務局までご連絡下さい。

敬具

記

（変更前）

該当する講習会を受講し、後日事務局へ成果報告書を提出
→後日、講習会受講証を受領

（変更後）

該当する講習会当日、受付にて成果報告書用紙（別紙 2）を受け取り、講習会を受講
（「別紙 2」以外の用紙・様式でも可）
→講習会終了後（当日）、成果報告書を提出し当日、講習会受講証を受領
※講習会当日に成果報告書を提出できない場合には、後日事務局までご郵送ください。

以上

〒889-1692

宮崎県宮崎市清武町木原 5200 番地
宮崎大学医学部附属病院薬剤部内
宮崎県病院薬剤師会事務局 萩原 櫻子
TEL : 0985-85-1510 FAX : 0985-84-3361



研修単位シール貼付欄

講習会受講証

氏名 _____

取得単位数 _____ 〇〇 _____ 単位 (. 〇時間〇分)

貴殿は、下記の講習会に参加したことを証明します。

1. 講習会の名称	宮崎県病院薬剤師会 研修会	機関印
2. 受理番号	●-●●	
3. 開催日時	〇年〇月〇日	
4. 開催場所	◇◇◇◇◇	

講習会実施機関	名称	宮崎県病院薬剤師会
	代表者氏名	会長 池田 龍二

