様式　１

**2024年度　　　　　　　　　　　研修会（共催研修会） 開催申請書**

（研修会名を記載）

年　　月　　日

公益社団法人　神奈川県薬剤師会

　会　　長　　　小川　護　殿

　　　　　　申請者　団体名

　　　　　（所在地）

　　　　 代表者氏名

このたび、上記の研修会を開催するにあたり、公益社団法人神奈川県薬剤師会研修会実施要綱に基づく開催申請について、関係書類を添えて申請します。

なお、申請関係書類に記載した個人情報については、公益社団法人神奈川県薬剤師会への提供・利用することについて承諾いたします。

（注）開催予定日の１ヶ月前までにE-Mailまたは郵送にてご提出してください。

　　　但し、2024年4月1日（月）～2025年1月31日（金）に開催される研修会が対象

（注）研修会プログラム（次第）を添付してください。

（注）講師の利益相反の確認が必ず必要となるため、別途「神奈川県薬剤師会生涯学習認定制度の研修会にかかる利益相反事前申告書」をご提出ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 実務担当者 | 氏名（ふりがな）：　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　）住　所：ＴＥＬ：　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ：E-MAIL： |

|  |  |
| --- | --- |
| 研修会名称 |  |
| 開催時期 |  |
| 開催時間 | 時　　分　～　　時　　分（正味時間　　分） |
| 開催時間内訳（研修会時間配分） | 研修のタイムスケジュール（次第に記載されている場合は不要） |
| 開催会場等 | 会場名 |  | Webの場合(・Zoom　・その他　　　　） |
| 所在地 |  |
| 研修内容の詳細 | 研修の目的内容の詳細について150文字程度で記載してください。 |
| 研修形式〈複数回答可能〉 | 講義　・　SGD ・　演習（ロールプレイ） ・ その他（　　　　　　　） |
| 対象者 | 薬剤師 ･ 医師 ・ 看護師 ･ ケアマネジャー ・ その他（　　　　　　　） |
| ﾌﾟﾛﾌｪｯｼｮﾅﾙｽﾀﾝﾀﾞｰﾄ | PS領域：　　　　　　　　　　 　受講単位：　単位PS領域： 受講単位：　単位　　合計　　単位 |
| 受講証明書の請求枚数 | ( )単位 | 枚 | 受 講予定者数 | 　　　人 | 講 師 用 | 　　　人 |
| 企業共催の有無（該当する場合のみ記載ください） | 企業共催の有無：　　　有　　　　　無・「有」の場合，企業サポートの内容を○で囲む（ 会場　講師謝礼　司会者謝礼　食事代　その他（ 　　　　　）） |
| 研修会情報 | 公　　開 |
| 受講料の設定（設定欄にチェック） | □無料（会員・くすりと健康相談薬局勤務者で事前申込み者を含む）□（　一般：　　　　円）　（県・市薬会員：　　　　円）　 |

（注）1.実務担当者欄には、当会からの問い合わせが可能な連絡者を記入のこと。

 2. 「薬剤師に求められるプロフェッショナルスタンダード（PS）」でプログラムとしていること

 ※公益社団法人日本薬剤師会「薬剤師に求められるプロフェッショナルスタンダード（PS）」参照

 3. 用紙の大きさは、日本工業規格Ａ４とする。

事業費積算内訳（共催実施団体の費用のみ、企業サポートは含まない）

収入

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項目 | 金額 | 説明 |
| 受講料 |  |  |
| 実施団体負担金 |  |  |
| 県薬負担金 |  | 最大20万円 |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 合計 |  |  |

支出

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項目 | 金額 | 説明 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 合計 |  |  |

＜審査結果＞

|  |
| --- |
| 　　　　承認・　保留・　否認 |
| （理由） |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 神奈川県薬剤師会記入欄 | 受付日 | 年　　　月　　　日 | 整理番号 | 係員 |
| 承認日 | 年　　　月　　　日 |  |  |
| 発送日 | 年　　　月　　　日 |