様式　１

**2023年度　　　　　　　　　　　研修会（Ｂ依頼型） 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

　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

このたび、下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）研修会プログラム（次第）を添付してください。

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 団体名 |  |
| 所在地 |  |
| 連絡先 | ＴＥＬ：　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ：　　　E-MAIL： |
| 申請担当者 | 氏名（ふりがな）：　　　　　　　　（　　　　　　　　　　）住　所：ＴＥＬ：　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ：　　　E-MAIL： |

|  |  |
| --- | --- |
| 研修会名称 |  |
| 開催時期(　　頃希望) |  |
| 開催時間(正味時間　　　) | 時　　　分　～　　　　時　　　分（正味時間　　　　　） |
| 開催時間内訳(研修会時間配分) | 研修の次第タイムスケジュール等の記載をお願いいたします。 |
| 開催会場等・集合研修・Web研修 | 会場名 |  | Webの場合(・Zoom　・その他　　　　） |
| 所在地 |  |
| 研修内容の詳細研修内容の詳細 | 研修の目的 |
| 到達目標（PSのSBOを参照。または、下記の到達目標例を参照。） |
| 内容の詳細について250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ﾞ※参考文献 | PS領域：　　　　　　　　　　 　受講単位：　単位PS領域： 受講単位：　単位　　合計　単位 |
| 予定者数 | 　　　　名 |
| 利益相反申告 | 企業サポート　　有　　・　　無サポートの内容を○で囲む（　会場　講師謝礼　司会者謝礼　食事代　） |
| 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）　 |

|  |
| --- |
|  到達目標例 　・本研修において、医薬品の＊＊＊について評価するために、＠＠＠の役割について討議し、＆＆　　＆を修得する。　・薬剤師に求められる＊＊＊の重要性を認識し、＠＠＠の問題について討議し、＆＆＆を説明でき　　る。　・保険、福祉、介護における＊＊＊の意義について説明できる。　・代表的な＊＊＊の例について、その原因と＠＠＠＠について討議し、＆＆＆について自らの考え　　を述べることができる。　・＊＊＊の概念を理解し、＠＠＠や＆＆＆との関りについて考察する。 Key Words  知る。認識する。身につける。位置づける。理解する。判断する。応用する。結論する。参加する。価値を認める。考察する。など　 ﾌﾟﾛﾌｪｯｼｮﾅﾙｽﾀﾝﾀﾞｰﾄﾞＰＳ領域 ※　（1）PS１：ヒューマニズム（倫理）　（2）PS２：医薬品の適正使用（安全性、経済性）　（3）PS３：地域住民の健康増進（薬物乱用防止、セルフメディケーション） (4) PS４：リスクマネジメント　 (5) PS５：法律制度の遵守※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）」から |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |