

令和7年5月1日

## 認定実務実習指導薬剤師養成ワークショップの参加の待機登録について

公益社団法人茨城県薬剤師会

令和7年度も、標記ワークショップが県内外(関東地区)で開催されます。

つきましては、参加者の待機の登録募集を行いますので、薬学生の実務実習受け入れ予定の薬局に勤務している薬剤師で参加の待機を希望する方(1薬局1名のみ)は、ご登録くださいますようお願いいたします。

1. 募集人数：18名(薬局薬剤師12名、病院薬剤師6名を予定)

### 2. 参加対象者：

茨城県内の薬学生の実務実習受け入れ予定の薬局に勤務している薬剤師で、受講資格を満たしている方。

※ 認定実務実習指導薬剤師になるには、本ワークショップのほかに、講習会形式の研修を受ける必要があります。ワークショップへの参加が決定した方で、講習会未受講の方(過去に受講済みだが受講証の有効期間が過ぎてしまった方を含む。)には、受講可能な講習会について、ご案内いたします。

※ 認定実務実習指導薬剤師養成研修には、①実務経験、②勤務状況、③勤務先等の望ましい条件といった受講資格があります。

薬学教育協議会ホームページ([https://yaku-kyou.org/?page\\_id=824](https://yaku-kyou.org/?page_id=824))の認定実務実習指導薬剤師認定制度実施要項に記載されている「5. 認定実務実習指導薬剤師養成研修の受講資格」について、すべて満たしていることを必ず確認してからお申し込みください。

※ 指導薬剤師の世代交代をはかるため、参加者決定の際には、6年制の薬学教育を受けて薬剤師となった方を優先させていただきます。

### 3. 開催日・開催場所：

今年度、関東地区調整機構管内で実施される2日間のワークショップのうち、①～②のいずれかへの参加となりますが、どのワークショップに参加できるかは選べません。

①2025年9月14日(日)・15日(月・祝) 茨城県薬剤師会館

②2026年1月11日(日)・12日(月・祝) 星薬科大学

### 4. 申込み・問合せ：

令和7年5月20日(火)までに「参加待機申込書」に必要事項を記入して、茨城県薬剤師会事務局までFAXもしくは郵送でお申し込みください。

〒310-0852 水戸市笠原町978-47 茨城県薬剤師会事務局(担当：所・小田倉)

電話 029-306-8934 FAX 029-306-8040

## 認定実務実習指導薬剤師養成ワークショップ参加待機申込書

|   |   |  |            |
|---|---|--|------------|
| 会員番号  |   | ふりがな   |            |
|   |   | 参加希望者<br>氏名                                  |            |
| 性別  | 男 ・ 女   | 生年月日   | (西暦) 年 月 日 |
| 出身大学  | 大学  | <input type="checkbox"/> 6年制卒業の場合は✓を付けてください。 |            |
| 薬剤師としての<br>実務経験   | 年   | 現勤務先での<br>勤務年数                               | 年          |
| 受講資格の確認   | <input type="checkbox"/> 実務経験 <input type="checkbox"/> 勤務状況 <input type="checkbox"/> 勤務先の望ましい条件<br>※受講資格を満たしていることを確認の上、✓を付けてください。 |  |            |
| 自宅住所  | (〒 )  |  |            |
| 勤務先名称   |   |  |            |
| 上記勤務先に認定実務実習指導薬剤師は ( 在籍している ・ 在籍していない )<br>※在籍している場合、新たな指導薬剤師が必要な理由：<br>(例：指導薬剤師が異動・退職予定 等) |   |  |            |
| 勤務先所在地  | (〒 )  |  |            |
| 勤務先電話番号   |   | 携帯電話番号/<br>当日緊急連絡先                           |            |
| メールアドレス   |   | 参加に関する<br>通知の送付先                             | 自宅 ・ 勤務先   |
| 受講済講習会  | 未受講 ・ 講座① ・ 講座② ・ 講座③<br>(受講日： 年 月 日)   |  |            |

### 薬局開設者記入欄

※ アンダーライン部分に上記に記載した薬局名を記載するとともに、法人名、代表者名を記載し公印を押してください。

|   |
|---|
| <h3 style="margin: 0;">誓約書</h3> <p style="margin: 10px 0;">                 _____ においては、上記の者を指導薬剤師とし、薬学生の実務実習を受け入れる体制を整え、毎年実施される受け入れ施設申請を行うことについて努力いたします。             </p> <p style="margin: 10px 0;">                 法人名<br/>                 代表者名             </p> <p style="text-align: right; margin: 10px 0;"> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px 5px;">印</span> </p> |
|---|

締め切り 令和7年5月20日 (火)  
 送信先FAX番号 029-306-8040