

日時:2015年8月23日(日) 13:00~18:00

参加費:正会員 6,000円(税込) / 非会員 9,000円(税込)

会場:貸会議室 ユーズ・ツウ 4階 F+G

〒530-0001

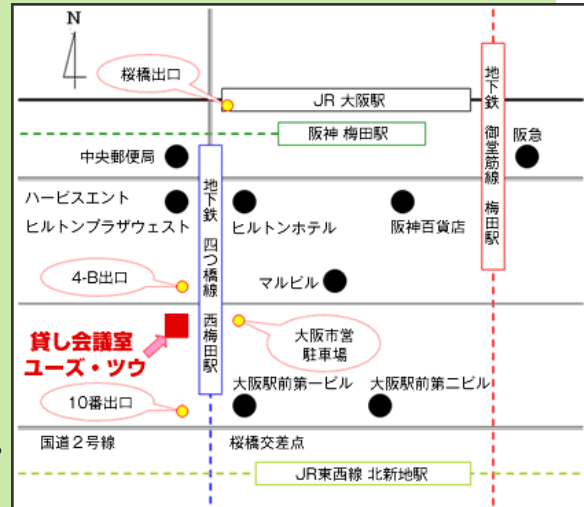
大阪府大阪市北区梅田2-1-18富士ビル

TEL:06-6345-1325

募集人数:先着40名

本研修会は(一社)日本薬局学会
認知症研修認定薬剤師制度の
3単位となります。

なお、本研修会は、(公財)日本薬剤師研修センター
研修認定薬剤師制度の認定対象集合研修会(3単位)です。



ワークショップ 基礎編

①13:00~14:00 講演

「認知症診療における薬物療法と薬剤師の皆さんへの期待」
一般財団法人 住友病院 副院長 宇高 不可思 先生

②14:00~15:30 ワークショップ

「認知症のケアと服薬管理」 基礎編

③15:30~18:00 ワークショップ

認知症薬物療法・処方解析

↓ お申し込みはこちらから ↓

※参加のお申し込みは、参加申込用紙にご記入後、

FAX(03-3243-1076)にてお申込みください。8月10日(月)までにお願ひします。

※天候・災害等により開催が中止になる場合がございます。

●お問い合わせ先

一般社団法人 日本薬局学会 事務局

東京都中央区八重洲2-2-10 八重洲名古屋ビル8階

TEL:03-3243-3061 FAX:03-3243-1076

参加申込用紙 FAX:03-3243-1076

認知症研修認定薬剤師制度
基礎編 ワークショップ 大阪開催

日時: 平成27年8月23日(日) 13:00~18:00

場所: 貸会議室 ユーズ・ツウ 4階 F+G

参加費: 学会正会員 / 6,000円 非会員 / 9,000円

送信
方向

申込締切
8月10日

- 参加ご希望の場合は、下記にご記入の上、FAX願います。

氏名(フリガナ)※修了証にお名前が入りますので、漢字の誤りのないようお気を付け下さい。

※○をつけてください。 日本薬局学会 正会員 No.P _____ ・ 非会員

法人名または薬局名

ご住所 (ご勤務先・ご自宅)※どちらかに○をつけてください。参加確定の書類をご送付します。
〒

連絡先(TEL) * 日中ご連絡のつく電話番号をご記入ください。

E-mailアドレス * 応用編のご案内を送りますので、添付ファイルの受け取れるアドレスをご記入ください。

講師の先生へのご質問などございましたらお書きください(前もって講師の先生にお伝え致します)

- ご注意事項

1. お申し込みは平成27年8月10日(月)までにFAXにて願います。
なお、応募多数により定員に達した場合は、早めに締切ることもございます。
2. 当日は、資料として研修の様子を写真撮影させていただくことがございます。
3. 参加費は事前振込をお願いしておりますので、開催1週間前までには参加確定のご連絡
とともにお振込のご案内を同封いたします。一週間前になっても届かない場合はご連絡く
ださい。

- お問い合わせ先

一般社団法人日本薬局学会 事務局 担当(木内/風間)

TEL: 03-3243-3061

FAX:03-3243-1076