

一般社団法人 愛知県病院薬剤師会 各種認定制度研修単位申請規約

愛知県病院薬剤師会

I. 一般社団法人愛知県病院薬剤師会より申請依頼可能および準備可能な研修単位

1. 日病薬病院薬学認定薬剤師制度
2. 日本薬剤師研修センター 生涯研修認定制度
3. 専門薬剤師・認定薬剤師の認定制度に係る都道府県病院薬剤師会が主催・共催する各専門領域の講習会

II 申請可能な委員会および支部

	委員会・支部	担当者	所属	メールアドレス
本体	病院薬学認定薬剤師 研修委員会	吉田 知由	豊橋医療センター	0532-62-0301 yoshida.tomoyoshi.gj@mail.hosp.go.jp
支部	学術教育委員会	杉浦 洋二	安城更生病院	0566-75-2111 yohzi@kosei.anjo.aichi.jp
	専門薬剤師教育委員会	桜田 宏明	一宮市立市民病院	0586-71-1911 sakurada@yaku138.com
	東三河支部	竹内 勝彦	蒲郡市民病院	0533-66-2200 gghpharm@city.gamagori.lg.jp
	総務	矢野 亨治	名古屋大学 医学部附属病院	052-741-2111 soumu@apshp.jp

注) 日病薬病院薬学認定薬剤師制度に関する各委員会および支部の役割の詳細については資料1を参照

III. 申請条件

一般社団法人愛知県病院薬剤師会が主催・共催・後援等を行う研修会等であること。

研修単位	主催	共催	後援
日病薬病院薬学認定薬剤師制度	○	○	
日本薬剤師研修センター 生涯研修認定制度	○	○	
専門薬剤師・認定薬剤師の認定制度に係る都道府県病院薬剤師会が 主催・共催する各専門領域の講習会	○	○	
理事会の承認を得た外部者による研修会等			○

○：申請可能

IV. 名義の定義

1. 「主催」および「共催」
 - ・内部的な支援を行う。
 - ・一社愛病薬または一社愛病薬の委託を受けた者が下記①～③のいずれかを行い、かつ、責任を負う
(主催の場合は全責任、共催の場合は一部の責任)。

- ① 企画立案・運営を行う、又は企画立案・運営に参画すること
- ② 当該行事に職員等を配置、又は参加させること
- ③ 特別に運営費を支出すること

・事故が起きた場合の補償等について考慮する。

2. 「後援」

- ・外部的な支援を行う。
- ・責任者は外部者であるため愛病薬は責任を負わない。

V. 名義等の承認条件および各名義における研修会の単位申請

1. 主催の条件

- ・①～③の条件をすべて満たすものを主催とする。
 - ①一般社団法人愛知県病院薬剤師会が企画立案・運営を行う。
 - ②当該行事に職員を配置する。
 - ③運営費を支出する。
- ・理事会の承認を得ていること。
- ・承認を得る場合は、理事が理事会へ研修会等開催計画書と一っしょに申請すること。

2. 共催の条件

- ・①～③の条件のいずれかを満たすものを共催とする。
 - ①一般社団法人愛知県病院薬剤師会が企画立案・運営に参画する。
 - ②一般社団法人愛知県病院薬剤師会より当該行事に職員等を参加させる。
 - ③一般社団法人愛知県病院薬剤師会が 特別に運営費を支出する。
- ・共催を申請する者は研修会等開催日の 2 ヶ月以上前に、総務へ会則、開催実績および研修会等開催計画書をもって承認審査の申請依頼を行う。
- ・総務は申請について理事会へ審議を依頼する。
- ・理事の 2/3 以上の賛成をもって承認とする。
- ・理事会の承認を得るための条件（①～④は必須とし⑤及び⑥については必要に応じて審議する）
 - ①共催を申請する者は次の事項を含む会則があること
 - 【名称】、【目的】、【会員】、
 - 【役員】（役員の職務）、（世話人会）
 - 【事務局】（会計）、（会則の変更）
 - 【役員名簿】、【その他】、【附則】等
 - ②継続的に開催している実績があること
 - ③薬剤師の倫理及び学術水準を高め、質の高い薬物療法の確保を図ることにより、国民の健康及び福祉の増進に寄与することを目的としていること。
 - ④下記事項のいずれかを遵守していること
 - (1) 医療安全及び医薬品の適正使用に関する事項
 - (2) 生涯研修に関する事項
 - (3) 各種認定に関する事項
 - (4) 薬学教育の向上に関する事項
 - (5) 学術大会、研修会等の開催及び協力に関する事項
 - (6) 機関誌及び図書等の刊行に関する事項
 - (7) 調査研究に関する事項

- (8) 国際交流に関する事項
- (9) 関係諸団体との連携及び協力に関する事項
- (10) 会員の労働環境の整備及び福利厚生に関する事項
- (11) その他本会の目的を達成するのに必要な事項

⑤本会にとって有益であると認められること

⑥本会の事業目的及び内容に照らし、特に必要と認めるもの

- ・但し、迅速な承認が必要な場合は、共催を申請する者が会則、開催実績および研修会等開催計画書の提出をもって総務へ審査依頼を行う。総務はメール等にて各理事へ審査依頼を行い、2/3以上の賛成をもって承認とし、後日、理事会へ報告を行う。
- ・すでに共催の承認を得ている研究会等における共催名義の使用は審査なしで可とするが、事務局が理事会で事後報告を行う。
- ・理事会の承認を得た研修会等については総務が共催名義使用の承諾書（別紙1）を申請者へ発行する。

3. 後援の条件

- ・後援を申請する者は総務へ開催計画書をもって承認審査の申請を行い、理事会の承認を得る。
- ・理事の2/3以上の賛成をもって承認とする。
- ・但し、迅速な承認が必要な場合は、後援を申請する者が会則、開催実績および研修会等開催計画書の提出し、総務へ審査依頼を行う。総務はメール等にて各理事へ審査依頼を行い、2/3以上の賛成をもって承認とし、後日、理事会へ報告を行う。
- ・理事会の承認を得た研修会等については総務が後援名義使用の承諾書（別紙1）を申請者へ発行する。

VI. 研修単位の申請

1. 研修単位の申請

- ・一般社団法人愛知県病院薬剤師会の主催および共催の承認を得た研修会の主催者（以下、主催者）は、Ⅱに示した委員会もしくは支部の担当者（以下、担当者）へ必要事項を記入した申請書（別紙2）、研修会等のプログラムおよび名義使用の承諾書（写）を研修会等開催1ヶ月前までに提出する。
- ・単位申請の依頼を受けた担当者は以下の手続きを行う。
 - ①日病薬病院薬学認定薬剤師制度：日本病院薬剤師会のホームページより申請登録を行う。
 - ②日本薬剤師研修センター生涯研修認定制度：日本薬剤師研修センターのホームページより申請登録を行い、手数料振込を行う。

2. 研修単位シール等の交付

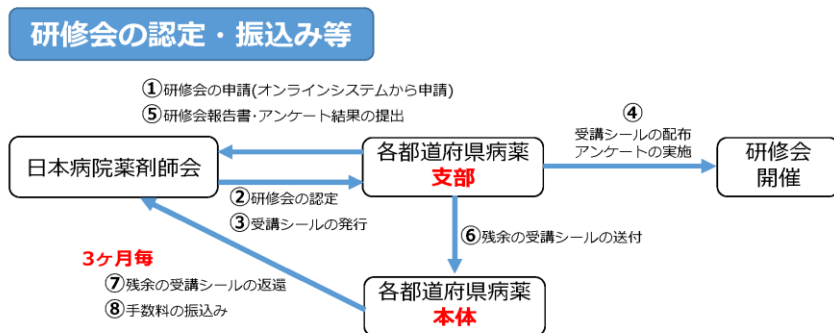
- ・担当者は各研修単位シール等を受領したら、申請者へ連絡し、研修単位シール等を交付する。
- ・シール交付の際に報告書（別紙3および／もしくは様式第7）も交付し、研修会等終了後に必要事項を記載の上、速やか（2週間以内）に担当者へ提出することを主催者に連絡する。

3. 研修単位シールの返却

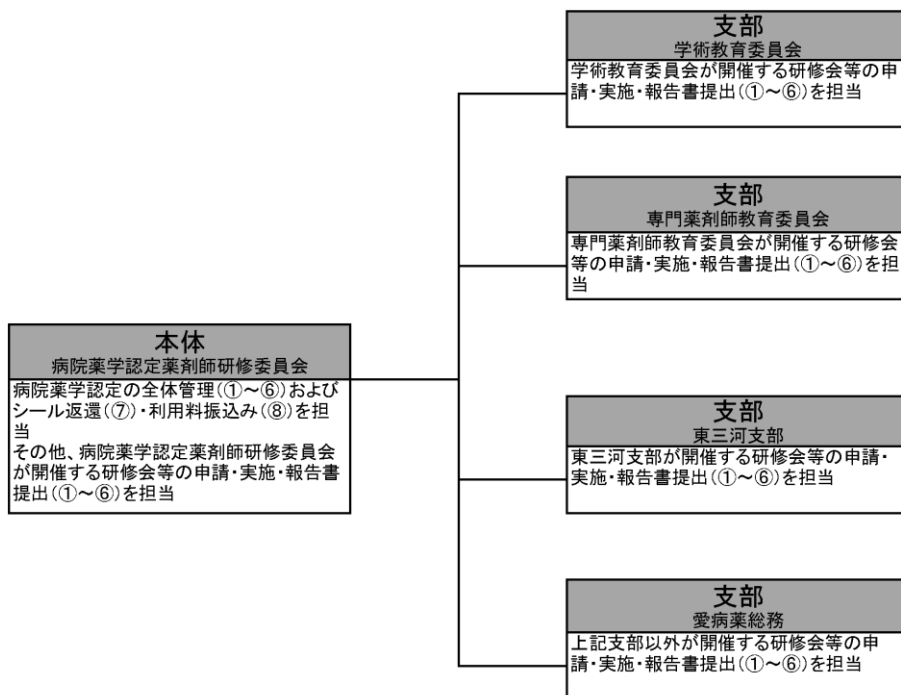
- ・主催者は研修会等終了後に速やかに残余研修単位シールおよび報告書を担当者へ提出する。
- ・担当者は研修単位シールおよび報告書を受領した際は、以下の手続きを行う。
 - ①日病薬病院薬学認定薬剤師制度：日本病院薬剤師会のホームページより報告書の登録を行う。支部の担当者は本体担当者へ報告書と受講者名簿の写および残余研修単位シールを送付する。本体担当者は残余研修単位シールの返却および手数料の振込を日本病院薬剤師会へ行う。

②日本薬剤師研修センター生涯研修認定制度：残余研修単位シールの返却および報告書の提出を日本薬剤師研修センターへ行う。

資料 1



愛知県病院薬剤師会「日病薬病院薬学認定薬剤師制度」に関する組織体制および業務分担



貴 会 名 : _____

研修会等名称 : _____

への共催・後援を承諾します。

(どちらかを選択)

令和 年 月 日

一般社団法人愛知県病院薬剤師会

会 長 山田 清文

令和 年 月 日

一般社団法人愛知県病院薬剤師会

委員会・支部

先生

申請者

所属：_____

氏名：_____

研修会等名称：_____

につきまして下記のとおり研修単位を申請します。

単位種別	参加予定人数	申請領域 ^{注1)}	申請単位数 ^{注2)}	参加費
日病薬病院薬学認定薬剤師制度 ^{注2)}				
日本薬剤師研修センター生涯研修制度 ^{注2)}				

注1) 日病薬病院薬学認定薬剤師制度については申請領域が複数ある場合はそれぞれの領域と申請単位を記載してください。

注2) 日病薬病院薬学認定薬剤師制度は 45 分 0.5 単位毎、日本薬剤師研修センター生涯研修制度は 90 分 1 単位毎の申請となります。

*研修会等のプログラムおよび名義使用の承諾書(写)を研修会等開催 1 ヶ月前までに下記のいずれかに提出してください。

	委員会・支部	担当者	所属
本体	病院薬学認定薬剤師研修委員会	吉田知由	豊橋医療センター
支部	学術教育委員会	杉浦洋二	安城更生病院
	専門薬剤師教育委員会	桜田宏明	一宮市立市民病院
	東三河支部	竹内勝彦	蒲郡市民病院
	総務	矢野亨治	名古屋大学医学部附属病院

令和●●年●●月●●日

一般社団法人 日本病院薬剤師会

愛知県病院薬剤師会
会長 山田 清文

研修会実施報告書

令和●●年●●月●●日付で認定された研修会が、下記の通り終了いたしましたのでご報告いたします。

記

研修会名称			
開催年月日	令和●●年●●月●●日 (●) ~ ●●日 (●)		
開催場所			
認定単位	●単位(●時間)		
研修会番号	P04-●●-●●●●●●	認定研修領域	
研修会参加人数	●●●名	配布枚数	●●●枚
		返却枚数	●●●枚
研修会の内容			

※研修会の内容をキーワード3つ以上5つ以内で記載して下さい。

(財)日本薬剤師研修センター理事長殿

研修会実施機関	名称	愛知県病院薬剤師会	機関印
	代表者名	山田 清文	
	実施機関コード	C01-23-001	
連絡者	氏名		
	電話番号	(内線)	

集合研修会終了報告書

令和 年 月 日付で申請致しました研修会開催計画書に基づく研修会が次のとおり終了致しましたので、実施要領7の(4)に基づき報告致します。

1. 研修会の名称												
2. 研修会開催日(期間)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日											
3. 研修センター受付番号												
4. 研修会参加人数 (薬剤師のみ)	名 (薬剤師参加人数) 名											
5. シール使用状況												
シール単位数	1単位	2単位	3単位	4単位	5単位	6単位	7単位	8単位	9単位	10単位	講師用	
受取枚数												
使用枚数												
返却枚数												

※本研修会内容に相当する下記項目全てに、□内にレ印をして下さい。

<input type="checkbox"/> 調剤	<input type="checkbox"/> 製剤	<input type="checkbox"/> 処方解析	<input type="checkbox"/> 副作用
<input type="checkbox"/> 相互作用	<input type="checkbox"/> 医療一般	<input type="checkbox"/> セルフメディケーション	<input type="checkbox"/> リスクマネジメント
<input type="checkbox"/> DI・情報	<input type="checkbox"/> 新薬情報	<input type="checkbox"/> 薬剤管理指導業務	<input type="checkbox"/> コミュニケーション技術
<input type="checkbox"/> 業務関連の法規	<input type="checkbox"/> 薬事行政・医療行政	<input type="checkbox"/> プライマリケア	<input type="checkbox"/> 漢方・生薬
<input type="checkbox"/> 東洋医学	<input type="checkbox"/> 公衆衛生	<input type="checkbox"/> 薬理学	<input type="checkbox"/> 薬理学を除く基礎薬学
<input type="checkbox"/> 医薬品開発・流通	<input type="checkbox"/> 倫理	<input type="checkbox"/> 小児医療一般	<input type="checkbox"/> 学校保健教育
<input type="checkbox"/> その他			

- (注) 1. 必ず研修会終了後2週間以内に残余の研修受講シールと共に提出すること。
2. シールが不足した場合は、様式第5号「研修会変更計画書」を必ず添付すること。
3. 受付番号の「G01」は薬剤師認定制度認証機構の認証番号です。
4. 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。