

## 石川県病院薬剤師会 主催・共催・後援事業申請書

研修会名称			
開催日時	( ) : ~ :		
開催方式	現地開催	オンライン開催	
開催(配信)場所 (ハイブリッドの場合両方とも記載)			
事業区分 (主催・共催の場合には 担当理事名の記入が必須)	石川県病薬	主催 担当理事名 ( )	共催 担当理事名 ( )
参加人数見込	名		
申請団体			
担当者	[氏名] [TEL] [E-mail]		
石川県病薬ホームページ上「薬薬連携に関する研修会」 (県薬剤師会との共有リンク)への掲載を希望します。 該当ページ <a href="https://plaza.umin.ac.jp/iby/p_pharmacist/workshop/">https://plaza.umin.ac.jp/iby/p_pharmacist/workshop/</a>	※主旨と合致しない場合 掲載を控えて頂く 場合があります。		
<b>日本病院薬剤師会病院薬学認定制度の単位申請 (45分間:0.5単位)</b>			
該当するカリキュラム  単位領域の選択は日病薬HP <a href="https://www.jshp.or.jp/education/bynintei/by-saisoku.pdf">https://www.jshp.or.jp/education/bynintei/by-saisoku.pdf</a> を参照のこと	単位領域	単位数	交付見込人数
			名
<b>日本病院薬剤師会専門・認定薬剤師認定制度の単位申請 (30分間:0.25単位)</b>			
該当する領域:  日病薬HP <a href="https://www.jshp.or.jp/certified/document/koshu-1.htm">https://www.jshp.or.jp/certified/document/koshu-1.htm</a>	単位数	単位見込人数	
		名	
研修会の資金計画について(主催または共催の場合)該当をチェックして下さい。			
○参加費:	なし	石川県病薬 ( ) 円/人	共催団体
会場費の負担:		石川県病薬	共催団体
講師費の負担:		石川県病薬	共催団体
※講師費には講演料および交通費、滞在費を含む			
その他 備考・特記事項 ( )			

※ 申請書には開催案内等を添付の上、提出して下さい。

※ 受付は先着順で行います。主催・共催の研修会等が既に同日に予定されている場合は、共催できない事がありますのでご了承下さい。

提出先(事務局): 石川県済生会金沢病院薬剤部 梅下翔 (ishibyoffice@gmail.com)

受付日 年 月 日 (石川県病薬で記入)