

村山会場は定員に達しましたので、本日で申込み受付を終了しました。

庄内会場は、まだ申込みを受付けております。

平成29年6月吉日

会 員 各位

一般社団法人 山形県薬剤師会
会 長 東海林 徹

薬剤師認知症対応力向上研修の開催について

会員の皆様におかれましては、益々ご清栄のことお慶び申し上げます。

2015年1月、「認知症施策推進総合戦略」(新オレンジプラン)が公表されました。新オレンジプランは、認知症の人の意思を尊重し、できる限り住み慣れた地域で自分らしく生活できる社会の実現を目指すものです。

薬剤師は、服薬指導や医薬品販売の応対、店頭でのさまざまな相談の中で、認知症の疑いがある人に早期に気づき、かかりつけ医等と連携して、認知症の人の状況に応じた服薬支援や指導を適切に行い、認知症の人の生活を支えることが重要となっており、

つきましては、山形県からの事業委託を受け「薬剤師認知症対応力向上研修」を下記日程で開催致しますのでご案内申し上げます。

記

日 時 : ~~①平成29年7月23日(日) 13:00~16:30~~

②平成29年10月29日(日) 13:00~16:30

会 場 : ~~①山形ビッグウイング4階「中会議室」~~

②庄内町文化創造館 響ホール 小ホール **※庄内会場は、申込み可能です。**

対象者 : 県内で勤務(開設を含む)する薬剤師

会 費 : 無 料

定 員 : 各100名(原則先着順:定員に達しご参加頂けない場合その旨ご連絡いたします。)

修了証書:研修会を受講された方に、山形県知事名による修了証書を発行いたします。

また修了者は、山形県のホームページにて氏名及び所属について公表し、山形県内の各地域包括支援センター及び居宅介護事業所に名簿を送付させていただきます(同意を得られた方のみ)。

その他 : 講師毎に内容が異なる場合がございますが、①と②ともに同じ教材を使用し内容を構成しております。どちらか一方にお申し込みください。

申込票1枚につき1名です。複数名お申込みの場合はコピーしてご使用ください。

なお、日本薬剤師研修センターのシールの配布はありません。

薬剤師認知症対応力向上研修

申 込 書

◇氏 名 _____

◇生年月日 _____ 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

◇地区薬剤師会 _____

◇会員・非会員(どちらかに○をつけてください)

会 員 ・ 非会員

◇薬局名 _____

◇申し込み会場(どちらかに○をつけてください)

~~村山会場~~ ・ 庄内会場

◇修了者は、同意を得られた方のみ山形県のホームページにて氏名および所属を公表し、山形県内の各地域包括支援センターおよび居宅介護事業所に名簿を送付させていただきます。同意いただける場合は下記該当欄に○を付けて下さい。

【 】 山形県のホームページにて氏名および所属の公表について同意する。

【 】 山形県内の各地域包括支援センターおよび居宅介護事業所に氏名および所属を送付することに同意する。

申し込み期限：平成29年7月7日(金)

FAX番号：023-632-5196