

研修シールの請求から終了報告まで

手順書

**※受講シールの申請は、
研修会開催予定日の4週間前までにJ-HOP事務局へ提出してください。**

- ① 「認定薬剤師研修会受講シール申請書」及び「日本薬剤師研修センター理事長宛」の書類（様式第5）を記載しJ-HOP事務局へお送りください。

* 記載方法については記載例を参考にしてください。

* 提出は、可能な限りメールにてお願いします。

（メール送付ができない場合には、郵送してください。）

- ② 事務局へシールが届き次第、担当者へシールを送付致します。

**※研修会終了後、1週間以内に
残余シール、研修会終了報告書を事務局までお送りください。**

- ③ 研修会が終了しましたら、「研修会終了報告書」を作成し、残余シールと共にJ-HOP事務局へお送りください。

* 報告書はメールにてお送り頂いても結構です。

* 残余シールの送付代金は其方でご負担下さい。

ご不明な点等ございましたら事務局までご連絡下さい。

事務局 E-mail : kanri@j-hop.jp

シール送付時にご使用下さい。

〒111-0054

東京都台東区鳥越 2-13-8

(株式会社ライフメディコム内)

J-HOP 事務局

伊藤 清恵 宛

認定薬剤師研修会受講シール申請書

平成 年 月 日

一般社団法人
全国薬剤師・在宅療養支援連絡会
事務局御中

《報告者》
氏名：

別紙（別紙第5（実施要領7の（1）関係）の通り申請致します。

シールの 送付先	住所：〒 担当者氏名： TEL：（ ）
そ の 他	

《提出先》 事務局 E-mail : kanri@j-hop.jp

(株式会社ライフメディコム)

公益財団法人 日本薬剤師研修センター 理事長 殿

研 修 会 実施機関	名 称 一般社団法人 全国薬剤師・在宅療養支援連絡会 機関印										
	代表者氏名 大澤 光司										
	実施機関コード	K	0	1	—	1	5	—	0	0	3
連 絡 者 (シール等 送付先)	ふりがな いたう きよえ 氏 名 伊藤 清恵 研修会に関するお問い合わせ(詳細等)は 7.参加申込み等連絡先担当者へお願いします。										
	住 所 〒111-0054 東京都台東区鳥越2-13-8 株式会社ライフメディコム										
	電話番号 03-5809-1933										

集合 研修会 新規 開催計画書
実習 変更

集合・実習研修会を以下の通り計画しておりますので、実施要領7の（1）に基づいて研修会開催計画書をお送り致します。

1. 研修会の名称							
2. 研修会開催日（期間）				3. 開催時間	:	~	:
4. 研修会開催場所 (住所は都道府県名から 記載のこと)	会場名： 住所：〒 TEL ()						
5. シール請求枚数 (カード方式の場合、枚数 の欄に「カード」と記入)	1 単位	枚	6 単位	枚	受 講		
	2 単位	枚	9 単位	枚	予定者数	人	
	3 単位	枚		枚	講 師 用		
	4 単位	枚			(1 単位)	枚	
6. 研 修 会 演 題	(研修会演題および講師氏名等が記載されたプログラム等を必ず添付すること)						
7. 参加申込等連絡先	(Tel)			(担当者名)			
8. 研修会の公開・非公開	公開・非公開 (○で囲む)						
9. 本研修会の内容及び実施に関しては、研修会実施機関が責任を負うものである	了承 (○で囲む)						
10. 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"/> 医薬品管理	<input type="checkbox"/> 医薬品試験	<input type="checkbox"/> 在宅医療	<input type="checkbox"/> 医療保険・介護保険制度				
<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"/> 漢方薬・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	※研修時間の1/2以上内容を含む場合レ印をして下さい。						

変更事項記入欄	変更内容（番号○で囲む）	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10
(変更がある場合のみ記入)	研修センター受付番号(受付済の場合)	第 号

- (注) 1. 連絡者欄には、当センターからの問い合わせが可能な連絡者を記入のこと。
2. 変更事項記入欄および変更内容は、変更のあった場合のみ記入。また、センター受付番号は、当該の「研修会開催計画書の受理書」に記載された受付番号を記載すること。
3. 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。

センター記入欄	受付日	年 月 日	受付番号	第 号
---------	-----	-------	------	-----

記載例

研修会開催日の4週間前までに事務局へ提出してください。

様式第5（実施要領7の（1）関係）

平成 年 月 日

(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 一般社団法人 全国薬剤師・在宅療養支援連絡会 機関印										
	代表者氏名 大澤 光司										
	実施機関コード	K	0	1	—	1	5	—	0	0	3
連絡者 (シール等送付先)	ふりがな	研修会に関するお問い合わせ（詳細等）は 7.参加申込み等連絡先担当者へお願いします。									
	氏名	伊藤 清恵									
	住所〒	111-0054 東京都台東区鳥越2-13-8 株式会社ライフメディコム									
	電話番号	03-5809-1933									

集合 研修会 新規 開催計画書
実習 変更

単位点数は
休憩時間、総会、
懇親会、挨拶等は
除いた時間で請求
してください。

集合・実習研修会を以下の通り計画しておりますので、実施要領7の
研修会開催計画書をお送り致します。

1. 研修会の名称	一般社団法人全国薬剤師・在宅療養支援連絡会 第6回研修会					
2. 研修会開催日（期間）	2015年6月21日		3. 開催時間	10:20 ~ 15:50		
4. 研修会開催場所	会場名：北里大学 白金キャンパス (住所は都道府県名から記載のこと) 住所：〒 108-8641 東京都港区白金5-9-1 TEL 03 (3444) 6161					
5. シール請求枚数 (カード方式の場合、枚数 「ド」と記入)	1 単位	枚	6 単位	枚	受講	
	2 単位	枚	9 単位	枚	予定者数	300 人
	3 単位	300 枚		枚	講師用	
	4 単位	枚			(1単位)	枚
6. 研修会演題	(研修会演題および講師氏名等が記載されたプログラム等を必ず添付すること)					
7. 参加申込等連絡先	(TEL) 025-789-5600		(担当者名) 全国 太郎			
8. 研修会の公開・非公開	公開・非公開 (○で囲む)					
9. 本研修会の内容及び実施に関しては、研修会実施機関が責任を負うものである	了承 (○で囲む)					
10. 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。	講師とは、講演者・シポジスト・パ ネリスト・ワークショップのタスクォース等をいう。 (司会・座長・アドバイザー・モデ レーター・挨拶のみは該当しない。)					
<input checked="" type="checkbox"/> 調剤	<input type="checkbox"/> 製剤	<input checked="" type="checkbox"/> 処方解析				
<input type="checkbox"/> 相互作用	<input checked="" type="checkbox"/> 医療一般	<input checked="" type="checkbox"/> セルフメディケーション				
<input type="checkbox"/> DI・情報	<input type="checkbox"/> 新薬情報	<input checked="" type="checkbox"/> 薬剤管理指導業務				
<input checked="" type="checkbox"/> 医薬品管理	<input type="checkbox"/> 医薬品試験	<input checked="" type="checkbox"/> 在宅医療				
<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"/> 漢方薬・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"/> その他				

必ずプログラムを添
付してください。

1~10の項目を記載してください。
* 集合研修は90分1単位とし、1日4単位を上限とする。ただし、学会等で複数日
にわたって行われる研修会については、2日間6単位、3日間9単位を上限とする。
なお、研修会の講師には、参加単位のほかに1単位を付加する。ただし、学会発表
については除く。

センター記入欄 受付日 年 月 日 受付番号 第 号

研修会終了報告書

平成 年 月 日

一般社団法人
全国薬剤師・在宅療養支援連絡会
事務局御中

《報告者》
氏名：

※研修会終了後、1週間以内に残余シールと報告書を事務局までお送りください。

研修会参加人数 (薬剤師のみ)	名 (薬剤師参加人数 名)
シール単位枚数	受取枚数 (単位 枚) 使用枚数 (枚) 返却枚数 (枚)
備考	

《送付先》

〒111-0054

東京都台東区鳥越 2-13-8

(株式会社ライフメディコム内)

J-HOP 事務局 伊藤 清恵 宛

E-mail : kanri@j-hop.jp