

様式 7

講義  
演習・実習  
学術集会

新規  
変更

開催計画書（学外主催）

（西暦） 年 月 日

昭和大学薬学部生涯教育推進委員会 殿

貴学薬学部の薬剤師生涯研修認定制度実施要領に基づき、研修会等を下記の通り計画しており、貴学薬学部発行の認定単位（シール）をご提供いただきたく学外主催その他研修会等開催計画書を提出いたします。

研修会 実施機関	名 称	機関印
	代表者氏名	
連絡者 (単位シール等送付先)	氏 名	
	住所 〒	—
	電話番号	( )

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 : 〒 — 電話番号 ( )					
5.単位シール請求枚数 (カード方式の場合、枚数の欄 に「カード」と記入)	1 単 位	枚	3 単 位	枚	受 講	人
	2 単 位	枚	4 単 位	枚	予定者数	
	※学会等は、1日分ずつ配布頂きます。					講 師 用 (1 単 位)
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	(電話番号) ( )			(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"/> リスクマネージメント			
<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"/> 臨床心理学	<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・東洋医学※			
<input type="checkbox"/> フィジカルアセスメント	<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"/> 多職種連携	<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 (変更がある場合のみ記入)	変更内容（番号○で囲む） 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8 ・ 9 ・ 10
--------------------------	--

(注) 1.連絡者欄には、昭和大学薬学部薬剤師生涯研修認定制度事務局からの問い合わせが可能な連絡者を記入すること。  
2.変更事項記入欄の変更内容は、変更のあった場合のみ記入すること。

委員会記入欄	受 付 日	年 月 日	受付番号	第 号 (新規)	OBE	
				第 号 (変更)		