

平成29年7月3日

薬局及び店舗販売業 各位

公益社団法人茨城県薬剤師会  
会長 根本清美

### 登録販売者のための外部研修会の開催について

平素は、本会会務にご協力を賜り、お礼申し上げます。

さて、厚生労働省においては、登録販売者の資質向上を目的に、県が認める外部研修実施機関が実施する研修を、毎年12時間以上受講させるよう開設者に義務付けております。

つきましては、本会において下記により登録販売者のための研修会を開催いたしますので、一般用医薬品の販売に従事する登録販売者の方は、ぜひ受講いただきますよう、ご案内いたします。

#### 記

- 1 日 時：年間12時間以上の受講を義務としていることから、前期、後期の2日間で行います。  
前期 平成29年11月12日（日）午前10時～午後5時（6時間）  
後期 平成29年12月 3日（日）午前10時～午後5時（6時間）
- 2 会 場：茨城県薬剤師会館（水戸市笠原町978-47 電話：029-306-8934）
- 3 内 容：下記の事項等に関する講義と確認テストの実施  
医薬品に共通する特性と基本的な知識、人体の働きと医薬品、主な一般用医薬品とその作用、薬事に関する法規と制度、一般用医薬品の適正使用と安全対策、リスク区分等の変更があった医薬品、登録販売者として求められる理念、倫理、関連法規
- 4 テキスト：本会で用意する資料等を使用しますので、別途用意していただく必要はありません。
- 5 受講料：1日につき下記の料金になります。  
ア 管理薬剤師が茨城県薬剤師会の正会員である薬局・店舗販売業に勤務する登録販売者：4,000円  
イ ア以外の登録販売者：6,000円
- 6 昼 食：昼食時間は1時間となります。裏面の申込書によりお弁当を注文いただければ、用意いたします。注文されない場合はご持参いただくか、近隣のコンビニ等をご利用ください。
- 7 対 象：薬局や店舗販売業、配置販売業で一般用医薬品の販売に従事している登録販売者の方
- 8 申込方法：裏面の申込書に必要事項をご記入の上、平成29年9月25日（月）までに茨城県薬剤師会事務局へファクシミリにてお申込みください。なお、受講者には、遅くとも10月上旬には勤務先へ受講票と受講料振込用紙をお送りいたします。
- 9 問い合わせ：公益社団法人茨城県薬剤師会事務局（担当：大貫）  
〒310-0852 水戸市笠原町978-47 電話029-306-8934 Fax029-306-8040

## 平成29年度 登録販売者のための外部研修会 申込書

下記に必要事項をご記入の上、ファクシミリにて県薬剤師会事務局までお送りください。

ふりがな	
受講者氏名	
登録販売者としての 医薬品販売経験年数	_____年 _____ヵ月
勤務先名称	
勤務先所在地	(〒 _____ )
勤務先電話番号	
管理薬剤師氏名	
管理薬剤師の会員番号 <small>※県業会員番号を記載 会員でない場合は未記入</small>	

希望するものの□にチェック (☑) してください。

受講日	<input type="checkbox"/> 前期 (平成29年11月12日)	<input type="checkbox"/> 後期 (平成29年12月3日)
弁 当	<input type="checkbox"/> 前期の弁当 (1,000円)	<input type="checkbox"/> 後期の弁当 (1,000円)

- 受講者には、上記に記載していただいた勤務先に、受講票を送付致します。また、送付する受講票と合わせて受講料の振込用紙を同封いたします。
- 前期、後期のいずれかだけ受講し、残りの6時間は他の団体が主催する研修を受講することも可能ですが、内容が重複する可能性もありますので、なるべく前期、後期の両日を受講してください。
- 本申込書は、受講申込者1名につき1枚記載してください。複数名で申込み場合は、コピーして記入してください。
- 定員に達し、申込みをお受けできない場合は、その旨をご連絡させていただきますので、その際にご容赦ください。

締切日：平成29年9月25日 (月)

送信先ファックス番号 029-306-8040