

研修メンバー募集のお知らせ

福岡市薬剤師会では、薬剤師生涯学習支援の為ため、本会の研修受講を希望する薬剤師に対して研修メンバー制度を設けております。ぜひ、ご入会下さい。

研修メンバーの特典

- (1) 本会主催の研修会の研修受講料等は、原則として無料になります。
- (2) メールを使用して研修案内を送信します。
- (3) ホームページに公開している本会主催の研修動画を閲覧することが出来ます。
- (4) 本会での研修履歴は、携帯電話又はパソコンのWeb上で確認することが出来ます。

研修メンバー登録資格

- (1) 本会の会員薬局又は賛助会員企業に勤務する薬剤師
- (2) 福岡市内の病院に勤務する福岡地区勤務薬剤師会会員の薬剤師
- (3) 福岡医療圏四薬剤師会（宗像、粕屋、筑紫、糸島）に所属する会員薬剤師

登録手続について

別紙研修メンバー登録申込書に次の①②③を添えて、お申込み下さい。

- ①登録費
- ②研修メンバーカード作成用の写真（裏面に氏名を記入のこと。）
（写真は、別途 e-メールにより写真データを送信することも可。 送信先: info8934@fpa. gr. jp）
- ③福岡県薬剤師会発行の研修カードの写し ※他地区の薬剤師会所属の方のみ必須

登録費について

研修メンバーの年間登録費は、12,000円です。
ただし、年度途中の新規申込の場合は、月割り計算した額になります。

日本薬剤師研修センターの研修単位の取得について

日本薬剤師研修センターの研修単位を取得する場合は、下記①又は②の方法でお願いいたします。

- ①「受講証明書」をお受け取りになり、個人で日本薬剤師研修センターに研修シールの申請を行い、薬剤師研修手帳にて単位の管理を行ってください。

※研修シールの取得等については、日本薬剤師研修センターのホームページをご確認ください。
http://www.jpec.or.jp/nintei/kenshunintei/credit_seikyu_letter.html

- ②福岡県薬剤師会の「県薬研修カード」を作成し、カードシステムを利用して研修単位を取得して下さい。（作成料：20,000円）

その他 注意事項

※研修メンバーとして登録された方に「研修メンバーカード」を発行しております。研修会出席時にご持参下さい。なお、この「研修メンバーカード」は日本薬剤師研修センターの研修単位を集めるカード（県薬研修カード）とは異なります。ご注意ください。

※登録の年度更新は、本会事務局より、毎年2月ごろに翌年度の登録更新の案内文書を研修メンバーに送付いたします。ご確認ください。

※研修メンバー登録の際に届け出た申込書の記載事項（姓、住所、勤務先、メールアドレス等）に変更があったときは、その都度、速やかにご連絡下さい。

研修メンバー登録(変更)申込書

(福岡県地区薬剤師会所属会員用)

申込日	平成	年	月	日
-----	----	---	---	---

一般社団法人福岡市薬剤師会 殿

※変更の場合は該当する項目を○で囲んでください。

(ふりがな) 申込者氏名		Ⓜ	男・女	生年月日	昭和 平成	年	月	日
薬剤師免許番号		卒業大学		大学		年度卒業		
自宅	住所	〒()						
		電話番号			携帯電話番号			
勤務先	住所	〒()						
		電話番号			FAX番号			
	名称 (支店名まで)							
資料送付先		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 ※どちらかに <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。						
メールアドレス		①						
[携帯電話とパソコン 合わせて 3件まで登録可]	②							
	③							

※1. 福岡県内の地区薬剤師会会員であることが必須条件です。

所属薬剤師会	<input type="checkbox"/> 宗像薬剤師会 <input type="checkbox"/> 粕屋薬剤師会 <input type="checkbox"/> 糸島薬剤師会 <input type="checkbox"/> 筑紫薬剤師会							
	<input type="checkbox"/> () 薬剤師会 ※該当する者に <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。							

※2. 申込時に、福岡県薬剤師会発行の「研修カード」の写しが必要です。

「研修カード」の写し貼付場所 (別紙貼付でも可)

※3. 申込時に、「研修メンバーカード」作成用の顔写真が必要です。

①②いずれかの方法で提出してください。

① 申込時に写真を持参する。
 ・サイズは自由です・
 ・裏面にお名前を記入してください。

② 写真をメールで送付する。
 ・メールアドレス : info8934@fpa.gr.jp
 ・メールアドレス : メール本文に「研修メンバー申込 氏名〇〇〇〇」と記載してください。

事務局使用欄

受付日	平成	年	月	日	登録費	円	所属薬剤師会に確認	平成	年	月	日	担当者	Ⓜ
-----	----	---	---	---	-----	---	-----------	----	---	---	---	-----	---