

薬局開設者の皆様へ

令和5年10月2日

(一社)神奈川県医薬品登録販売者協会  
会長 北井 誠司



(公社)神奈川県薬剤師会 共催

(公社)全日本医薬品登録販売者協会 生涯学習研修会のご案内

(一社)神奈川県医薬品登録販売者協会では、(公社)神奈川県薬剤師会との共催で「登録販売者のための集合研修会」を下記のとおり開催しております。

本研修会は、医薬品医療機器等法に基づく法定義務研修で(登録販売者の継続的研修)に該当します。薬局開設者は従事する登録販売者に当該研修を受けさせることになっております。

後援もいただき実施しております。

つきましては、(公社)神奈川県薬剤師会(一社)横浜市薬剤師会の会員薬局の皆様には協会会員と同額の受講料となっておりますのでお早めにお申込みください。

記

日時			研修会		DVD
第1回	5年6月7日(水)		13:00~16:30		
第2回	5年9月16日(土)		9:30~13:00		
第3回	5年11月16日(木)		13:00~16:30		
第4回	6年2月11日(日)		9:30~13:00		

テーマ 【疲れ目、目の乾き、痒み、結膜炎、ものもらい】  
【全国統一薬事講習会】  
【専門家としての適切な関与】

会場 神奈川県総合薬事保健センター 1F多目的ホール  
横浜市磯子区西町14-11 JR根岸駅下車 徒歩2分 ※駐車場はありません。

受講料 1講座 2,000円 (一般:1講座 3,000円)  
研修手帳 500円は別途必要になります。(初回4回分お申込み頂いた方は、手帳代は無料。)  
なお、今回都合がつかない方は、DVD研修 2,000円(送料、手数料含む)

振込

※ お申込みはFAXの上、協会より受付確認後お振込み下さい FAX 045-755-0218  
※ お問い合わせは、登録販売者協会事務局 TEL 045-755-0200  
スカイビル調剤薬局 TEL 045-442-0456

振込口座 郵便振替口座

口座名 (一社)神奈川県医薬品登録販売者協会  
口座番号 00220-9-626

申込書

氏名		
販売従事登録番号		
薬局名(勤務先)		
薬剤師会会員番号		
住所(勤務先)	〒	
電話番号(勤務先)		
FAX番号(勤務先)		
開設者等の県薬加入状況	(開設者等の県薬会員登録) 有 ・ 無	
受理日	入金日	確認印