

会員各位

令和7年5月吉日
静岡県病院薬剤師会
会長 渡邊 学
同 学生実習委員会
委員長 大石 勝康

「認定実務実習指導薬剤師養成ワークショップ」開催のご案内

認定実務実習指導薬剤師の認定取得のために必要となる、一般社団法人薬学教育協議会認定の標記研修会を下記のとおり開催いたしますのでご案内申し上げます。本ワークショップは6年制実務実習受け入れ施設の会員が対象となります。尚、参加希望者が定員を上回る場合には、学生の受け入れ実績等を勘案して決定しますので、あらかじめご了承ください。また、遅刻、早退等で全過程に参加できなかった場合には、今後開催等のワークショップに応募できなくなりますのでご注意ください。参加希望者は令和7年6月5日（木）（必着）でご連絡下さい。県立大学の援助を受けて開催していますので、**県立大学の学生の実務実習を必ず受け入れ**ていただきたくよろしくお願い申し上げます。

※応募の際は、一般社団法人薬学教育協議会が定める「認定実務実習指導薬剤師認定制度実施要領」の「5. 認定実務実習指導薬剤師養成研修の受講資格」を満たしているかご確認ください。

記

日 時：令和7年7月20日（日） 9時～18時30分

7月21日（月・祝）9時～18時

※7月20日終了後に学生ホール食堂にて飲食を伴う情報交換会を予定（～20時頃）

場 所：静岡県立大学薬学部棟・一般教育棟（受付：薬学部棟 8:30～8:45 お早めに来場下さい）

参加費：10,000円 ← 今年度より参加費を改定しました

定 員：12名（病院従事薬剤師）

参加者：原則、各施設1名（実務経験5年以上など指導薬剤師の要件を満たす会員）

6年制実務実習受け入れを表明している施設の会員が対象です。

※参加申込書に参加を希望する理由をご記入下さい。

（①参加表明施設 ②指導薬剤師が退職・転勤 ③指導薬剤師が不足 など）

※応募者多数の場合は学生の受け入れ実績、参加理由を勘案し参加者を決定します。結果は後日連絡します。

申込締切：令和7年6月5日（木）（必着）

参加費振込先：参加決定後、請求書を送付いたします。6月末日までの入金をお願いします。

その他：1）2日間の全ワークショップに必ず参加できる方に限ります。（早退等で全課程に参加できなかった場合は、今後の開催のワークショップに応募できませんのでご注意ください。）

また、『認定実務実習指導薬剤師養成講習会』を受講された者を優先します。

2）ワークショップの服装は軽装をお願いします。

3）各自で筆記用具、レポート用紙をご持参ください。

4）昼食は2日間とも主催者側にて用意いたします。

5）旅費・宿泊費は各自負担をお願いします。宿泊の斡旋はいたしません。

6）ワークショップの詳細については（公社）静岡県薬剤師会より後日、参加決定者へ直接連絡があります。

◆令和8年度より、新規認定の申請時点で満65歳未満であることが認定の要件として追加される予定です。お申し込みの際にはご注意ください。

参加申込みは、メールまたはFAXにて参加申込書を静岡県病院薬剤師会事務局までお送り下さい。

なお、手書きですとメールアドレス等が読み取りづらいため、可能であればフォームへパソコン入力したものを提出下さい。

静岡県病院薬剤師会事務局

〒422-8063 静岡駿河区馬淵二丁目16-32

TEL：054-654-3566 FAX：054-289-8115

メール：kenbyoyaku-siz@shps.jp

認定実務実習指導薬剤師養成ワークショップ(薬学教育者ワークショップ) 参加申込書

(2025.5.9 改変)

認定実務実習指導薬剤師になるには、基本的素養（１）を有し、また実務経験及び勤務状況等について所定の要件（２）を満たすことが求められています。
下記要件を満たしていることをご確認の上、☒チェックしてください。

（１）基本的素養

認定実務実習指導薬剤師は次の素養を有する者とする。

- ☐十分な実務経験を有し薬剤師としての本来の業務を日常的に行っている。
- ☐薬剤師を志す学生に対する実習指導に情熱を持っている。
- ☐常日頃から職能の向上に努めている。
- ☐実習の成果について適正な評価ができる。

（２）応募要件

認定実務実習指導薬剤師養成ワークショップ（薬学教育者ワークショップ）に参加するにあたり ア および イ の要件を満たしていなければならない。

ア 実務経験

- ☐薬剤師実務経験※¹（病院または薬局におけるもので、勤務時間数が１週間当たり３日以上かつ２０時間以上の場合に限る。以下、同じ。）が５年以上ある。
- または、
- ☐６年制の薬学教育を受け、薬剤師実務経験※¹が３年以上あるので、事前に受講したい。

※¹ 大学院在学中のアルバイト等は含みません。また「薬剤師名簿登録日」又は「入社日」のうち、いずれか遅い日からとします。

イ 勤務状況

- ☐病院又は薬局における実務経験が受講申込の時点において継続して３年以上である。
- ☐現在病院又は薬局に勤務（勤務時間数が１週間当たり３日かつ２０時間以上）している。

（３）以下の項目に該当することが望ましい

ウ 応募する薬剤師は以下のような施設に所属していることが望ましい。

- （病院）☐薬剤管理指導業務を実施し、院外処方せんの発行を推進している。
- ☐病棟薬剤業務実施加算の届出を行っている。
- ☐（一社）日本病院薬剤師会賠償責任保険（施設契約）又はこれと同等の賠償責任保険に加入している。

エ 生涯学習システムに参加又は認定を取得していることが望ましい

- ☐参加又は認定を取得している。（名称： ）

会員資格の有無 ☐静岡県病院薬剤師会正会員

令和 年 月 日

フリガナ				薬剤師名簿登録番号	年齢※	性別※	実務経験年数
氏 名					歳	男・女	年
勤務先	施設名						
	連絡先	電話		FAX			
	連絡の取れるメールアドレス				連絡の取れる電話		
受入意思		() 必ず受け入れる。 () 現段階での受け入れは困難であるが将来的に受け入れを考えている。					
参加理由							
指導薬剤師数		現時点での貴施設の認定実務実習指導薬剤師数： 名					

※グループ分けの際、なるべく性別・年齢等が偏らないために必要です。