

健康介護まちかど相談薬局研修会

1. ゲートキーパー育成
2. 禁煙支援対策について
3. 地域包括ケアシステムと薬局・薬剤師
4. 基本チェックリスト、脳の健康チェックリストの活用について

参加申込について

参加申込 参加費を納入後、FAXでお申し込みください。
欠席の場合、参加費の返金、資料送付はいたしません。
なお、会場変更は可能です。

参加費 3,000円（振込手数料はご負担ください。）
振込先 青森銀行本店営業部 普通 549831
みちのく銀行本店営業部 普通 2200830
名義 (一社)青森県薬剤師会 (シャ アオモリケンヤクザイシカイ)

申込締切 平成30年10月19日(金)

(認定薬剤師会制度の集合研修2単位申請中)

平成30年度「健康介護まちかど相談薬局」研修会

研修会場を下記の3カ所から選択できます。

自分の参加する会場に○をつけ必要事項を記入の上、県薬にFAXをお願いします。

	10月28日(日) 10:00~13:10	青森	県民福祉プラザ 青森市中央 3-20-30 TEL: 017-777-9191
	12月9日(日) 10:00~13:10	弘前	弘前文化センター 弘前市下白銀町 19-4 TEL: 0172-33-6571
	12月16日(日) 10:00~13:10	八戸	八戸市総合福祉会館 八戸市根城 8-8-155 TEL: 0178-47-1651

所属支部・地域

支部・薬剤師会

薬剤師氏名	薬局住所
新規・研修終了 薬剤師 該当するほうを○で囲んでください	
薬局名	電話番号 FAX 番号

送信先 県薬 FAX 番号 (017)743-4452