



24 長薬発第 804 号
平成 25 年 1 月 10 日

都道府県薬剤師会会長 様

長野県薬剤師会会長
長野県薬剤師会学校薬剤師部会長
大 塚 宰

平成 24 年度学校薬剤師研修会の開催について

厳冬の候 貴台益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素は、本会の運営に際しまして、種々ご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、日本薬剤師会長から通知があったことと存じますが、来る 3 月 17 日(日)、長野市「サンパルテ山王」におきまして、標記学校薬剤師研修会が、別添開催要領のとおり開催されます。

つきましては、貴職ご多忙の折、大変恐縮ではございますが、貴会学校薬剤師の皆様にご多数ご参加いただきたく、ご周知方、特段のご配慮を賜りますよう、よろしくお願いいたします。

なお、大変お手数をおかけいたしますが、参加者をお取り纏めの上、別紙申込書により 2 月末日(木)までに本会事務局あて、お申込みくださいますよう、併せてお願い申し上げます。(ただし、定員になり次第締切りとさせていただきます。)

また、ご案内のとおり、今回の研修会は全国 2 会場(高知県(3/3)、長野県(3/17))で開催されますので、ご都合の良い会場への参加を併せてお願い申し上げます。

長野県薬剤師会 学校薬剤師研修会係

担当：総務部長 中島 崇

総務課主査 吉野玲子

総務課主任 道家進司

〒390-0802 松本市旭 2-10-15

☎ TEL 0263-34-5511 ☎ FAX 0263-34-0075

E-mail gakuyaku@naganokenyaku.or.jp

平成 24 年度学校薬剤師研修会実施要領

主テーマ「学校薬剤師業務の原点を考える」

1. 目的

(1) 学校環境衛生基準の完全実施に向けた支援体制整備

1) 学校環境衛生基準に基づいた、学校における環境衛生検査並びに学校保健安全法第 6 条の趣旨を踏まえた適切な環境の維持に努めるとともに、学校薬剤師が行う定期検査は、必ずしも完全に実施されていない現状に対する支援を行う。

2) 学校薬剤師業務の基本となる学校環境衛生の維持・管理について、具体例と範囲を示し、学校薬剤師活動の支援を継続するため、専門家等から学び、環境衛生活動に寄与する。

(2) 関係法規等の啓発及び支援

現場で活動する学校薬剤師の対応や法解釈等への理解について支援を継続する。

(3) 学校薬剤師を巡る最近の話題への対応等

違法ドラッグ（いわゆる脱法ハーブ、脱法ドラッグ等）への対応について、専門家等から学び、学校保健活動に寄与する。

2. 開催主体：公益社団法人日本薬剤師会

共催予定：公益財団法人日本薬剤師研修センター

3. 対象：主に学校薬剤師

4. 日時：平成 25 年 3 月 17 日（日） 13:30～17:00（予定）（受付：13:00～）

5. 場所：長野市「サンパルテ山王」（5 階「信濃」） 長野市岡田町 30-20 TEL:026-228-3011

6. 研修日程（予定）：

＜基調講演＞

13:35～14:35

「学校環境衛生基準の完全実施に向けたあり方等について」（仮題）

文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課健康教育企画室学校健康教育調査官 北垣 邦彦 氏

…… 休 憩 ……

＜講義＞

14:45～15:45

①「学校薬剤師が行う学校環境衛生の実際について」（仮題）

岐阜薬科大学衛生学教室 教授 永瀬 久光 氏

…… 休 憩 ……

15:55～16:55

②「学校薬剤師が知っておくべき薬物乱用の現在」（仮題）

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター 薬物依存研究部部长 和田 清 氏

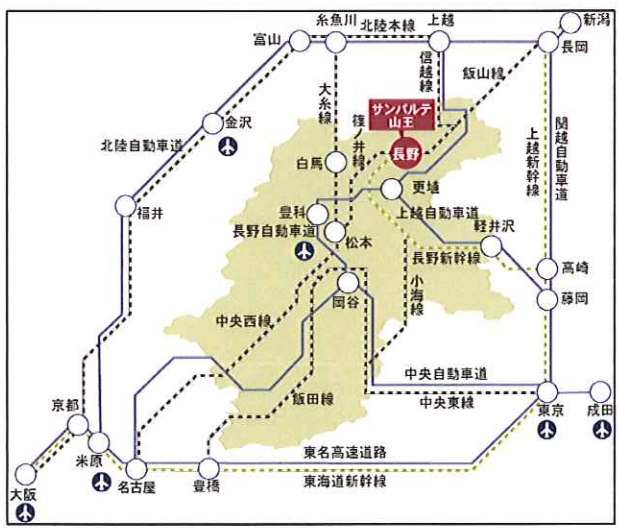
7. 受講料：(テキスト代含む) ※研修会当日、会場にて申し受けます。
 ①日薬会員、研修センター賛助会員・・・ 2,000円 [消費税込]
 ②非会員・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3,000円 [消費税込]

8. 参加申込：別紙参加申込書により2月末日(木)までにFAX又はメールでお申込みください。(電話でのお申込みは受付できません)
※ただし、定員になり次第締切りとさせていただきます。

FAX 番号：0263-34-0075
 メールアドレス：gakuyaku@naganokenyaku.or.jp

9. 定員：先着200名
 10. 日本薬剤師研修センター研修認定薬剤師制度対象研修会(2単位)申請予定。

◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇ 会場案内図 ◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇



※長野駅から、徒歩(10分)またはタクシー(5分)をご利用ください。
 ※駐車場に限りがあります。公共交通機関をご利用ください。

平成 24 年度学校薬剤師研修会【長野会場】参加申込書

年 月 日

所属名		担当者名	
住 所		TEL	
		FAX	

	氏 名	会員区分 (いずれかに○印を付けてください)	備 考
1		会員 ・ 非会員	
2		会員 ・ 非会員	
3		会員 ・ 非会員	
4		会員 ・ 非会員	
5		会員 ・ 非会員	
6		会員 ・ 非会員	
7		会員 ・ 非会員	
8		会員 ・ 非会員	
9		会員 ・ 非会員	
10		会員 ・ 非会員	