

静岡県薬第 123 号

令和 6 年 5 月 13 日

各地域薬剤師会会長 様

公益社団法人静岡県薬剤師会

会長 岡 田 国 一

「令和 6 年度第 1 回静岡県医薬品登録販売者薬事研修会」の案内について

標題の件について、静岡県医薬品登録販売者協会から別添写のとおり開催する旨連絡がありましたのでお知らせいたします。

つきましては、貴会所属の会員薬局等にご周知いただきたくよろしくお願いいたします。

なお、受講を希望される場合は、直接、静岡県医薬品登録販売者協会事務局まで F A X にてお申し込みくださいますようお願いいたします。

【令和 6 年度第 1 回静岡県医薬品登録販売者薬事研修会】

- 1 日時 令和 6 年 6 月 16 日（日） 10 時～16 時
- 2 会場 静岡商工会議所会館 5 階ホール
- 3 申込期限 令和 6 年 5 月 31 日（金）

担当：静岡県薬剤師会事務局業務スタッフ；鈴木

電話：054-203-2023／FAX：054-203-2028

E-mail：syokunou@shizuyaku.or.jp



令和 6 年 5 月 吉日

(公社) 静岡県薬剤師会

会長 岡田 国一様

静岡県医薬品登録販売者協会

会 長 山田 喜代文

「令和 6 年度第 1 回静岡県医薬品登録販売者薬事研修会」開催の
ご案内と地域薬剤師会様、会員薬局様へのご案内お口添い（依頼）

日頃は大変お世話になっております。

『令和 5 年度第 2 回静岡県医薬品登録販売者薬事研修会への講師派遣のお願い』
をご依頼申し上げましたところ、貴会常務理事の安達士郎先生をご推薦頂き誠に
ありがとうございました。滞りなく研修会を終えることができました。

さて本年度第 1 回の薬事研修会を来る 6 月 16 日（日）、静岡商工会議所会館
5 階ホールにて開催いたします。

元県健康福祉部生活衛生局薬事室技監 剣持佳日路先生には「疲れ目、目の
乾き、痒み、結膜炎、ものもらい」、「生理痛がある」の 2 講座をご講義頂きます。

新型コロナウイルス感染症が 2 類から 5 類感染症に変更されコロナ感染者の
減少、コロナへの対応の変化等状況が変わってきていますので今回も昨年同様
受講者全員での一回の研修会とさせていただきます。

主催者といたしまして、3 密回避のための開催要項を厳守し、より安全な研
修会を開催する所存でございます。

お忙しい中とは存じますが、地域薬剤師会様、会員薬局様へのご案内お口添
えのほどよろしくお願い申し上げます。

日時：令和 6 年 6 月 16 日(日) 10 時～16 時

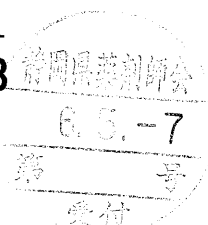
場所：静岡商工会議所会館 5 階ホール

研修内容：「疲れ目、目の乾き、痒み、結膜炎、ものもらい」「生理痛がある」

担当： 高橋 和生

FAX：054-266-7371

TEL：09019870523



令和 6 年 5 月吉日

静岡県地域薬剤師会会長 様

『令和 6 年度第 1 回静岡県医薬品登録販売者薬事研修会』
開催のご案内と会員薬局様へのお口添えのお願い（依頼）

静岡県医薬品登録販売者協会
会長 山田 喜代文

日頃は薬剤師の諸先生方には大変お世話になっております。
このたび公益社団法人静岡県薬剤師会会長 岡田国一様のお口添えをいただき、
静岡県下の会員薬局様に勤務されている登録販売者の方々に、6 月 16 日（日）
に開催いたします当協会主催の『令和 6 年度第 1 回静岡県医薬品登録販売者薬
事研習会』のご案内をさせていただきます。

昨年度に続きまして元静岡県健康福祉部生活衛生局薬事室技監で薬剤師の
釧持佳日路様に

「疲れ目、目の乾き、痒み、結膜炎、ものもらい」

「生理痛がある」

の 2 講座をご講義していただきます。

県薬剤師会様よりご案内お口添えがあると思いますが、大変お忙しい中恐縮
ではありますが、会員薬局様へのご案内お口添えよろしくお取り計らいくださ
いますようお願い申し上げます。

今後ともご指導ご鞭撻のほどよろしくお願い申し上げます。

なお昨年度の研修会に参加された方々には当協会より封書にて案内をさせてい
ただきます。

日時：令和 6 年 6 月 16 日（日） 10 時～16 時

場所：静岡商工会議所会館 5 階ホール

研修内容：「疲れ目、目の乾き、痒み、結膜炎、ものもらい」「生理痛がある」

担当：高橋 和生

FAX: 054-266-7371

TEL: 09019870523

令和 6 年 4 月 吉日

会員各位（薬局関係様）

静岡県医薬品登録販売者協会
会 長 山田 喜代文

令和 6 年度第 1 回静岡県医薬品登録販売者薬事研修会のご案内

1. 日時 令和 6 年 6 月 16 日（日）
2. 場所 静岡商工会議所会館 5 階ホール（静岡駅北口左折西 5 分）
静岡市葵区黒金町 20-8 TEL：054-253-5111
3. スケジュール
9 時 30 分 受付
10 時～11 時 25 分 薬事研修会 「疲れ目、目の乾き、痒み、結膜炎
ものもらい」
11 時 30 分～12 時 第 14 期総会
12 時～12 時 40 分 昼食（各自でおとりください）
12 時 40 分～16 時 薬事研修会 「生理痛がある」

4. 研修内容

- ・「疲れ目、目の乾き、痒み、結膜炎、ものもらい」
- ・「生理痛がある」

講師 元県健康福祉部生活衛生局薬事室技監 薬剤師 鈕持佳日路 様

* 昨年 10 月に配布した「疲れ目、目の乾き、痒み、結膜炎、ものもらい」の資料を必ずお持ちください。

5. 参加手続き及び入会手続き

* 入会を希望される方は「入会申込書」と「参加申込書」を FAX 送信してください。
「入会申込書」が必要な方は地域薬剤師会か事務局 高橋に連絡ください。

* 参加・不参加に関わらず「参加申込書」を必ず FAX 送信してください。

5 月 31 日（金）までをお願いします。事務局 FAX 054-266-7371

- | 6. 諸費用 | 前期会員会費 | 研修会費 | 合計 |
|----------------|---------|------|---------|
| ・ 準会員 B（勤務従事者） | 6,000 円 | 0 円 | 6,000 円 |
| ・ 当日会員（勤務従事者） | | ——— | 9,000 円 |
- （研修手帳—500 円・・・入会された方は初回無料。入会金はいりません）

< 重要なお知らせ >

会費の納入一同封の「払込取扱表」にて郵便局での振込をお願い致します。なるべく早く振込の手続きをしてください。

* 能登半島地震で被災された方々を支援するため当日支援金を受け付けます。
（募金箱を設置します）全薬協を通じて届けさせていただきます。

担当：高橋和生

FAX：054-266-7371

TEL：090-1987-0523

令和6年度第1回静岡県医薬品登録販売者薬事研修会

(令和6年6月16日開催)

参加申込書(薬局関係様)

今回参加・不参加にかかわらず下記事項を記入の上、事務局(FAX 054-266-7371)まで必ずFAX送信してください。

6月16日(日)研修会に 参加 不参加
(どちらかに○をしてください)

静岡県医薬品登録販売者協会会長殿

令和6年 月 日

フリガナ
氏名 生年月日 年 月 日

住所(自宅)

〒 - TEL - - FAX - -

勤務先

住所

〒 - TEL - - FAX - -

会員区分(該当する区分に○印をつけてください)

正会員 () 店舗販売業・薬種商販売業の管理者

() 登録販売者試験合格者であって従事登録を完了した者(勤務者)

() 承継者から登録販売者へ移行した者<H20.1.31付け薬食発第0131001号以降の移行>

準会員

() 薬種商販売業から登録販売者に移行した者(勤務者)
薬種商販売業または登録販売者の資格を有する未就業の者

() その他(資格を有しない家族、又は従業員)

販売従事登録番号 - -

販売従事登録年月日 平成・令和 年 月 日

- * 案内状等送付先は勤務先といたします。変更があればご連絡ください。
- * 『登録販売者研修手帳』(¥500) (必要・不要)(どちらかに○を) 受講済証を発行しますので『登録販売者研修手帳』に貼付してください。

ファックス受付締切日は6月3日(月)です。

静岡県医薬品登録販売者協会 担当：高橋
TEL：090-1987-0523 FAX：054-266-7371

静岡県医薬品登録販売者協会入会申込書

令和6年 月 日

静岡県医薬品登録販売者協会会長 殿

貴会の趣旨に賛同し、入会を希望します。

フリガナ 氏名	性別 生年月日	男 年	女 月	日
------------	------------	--------	--------	---

住所（自宅）
〒 TEL FAX

勤務先
勤務先住所
〒 TEL FAX

会員区分（該当する区分に○印をつけてください）

正会員	() 店舗販売業・薬種商販売業の管理者
	() 登録販売者試験合格者であって従事登録を完了した者（勤務者）
	() 承継者から登録販売者へ移行した者＜H20. 1. 31付け薬食発第0131001号以降の移行＞
準会員	() 薬種商販売業から登録販売者に移行した者（勤務者） 薬種商販売業または登録販売者の資格を有する未就業の者
	() その他（資格を有しない家族、又は従業員）
販売従事登録番号	— —
販売従事登録年月日	平成・令和 年 月 日

* 案内状等送付先 勤務先

担当：高橋和生
FAX：054-266-7371

TEL：090-1987-0523