

第49回大阪大谷大学薬学部地域連携学術交流会

『地域に求められる薬剤師をめざして』

日時：2021年9月4日(土) 14:30~18:00

【変更】会場：Zoomによるオンライン開催

(今回Zoom環境のない方はご参加いただけません)

※定員を100名とさせていただきます。

参加費：500円(学生は無料)※詳細は次ページをご覧ください

●プログラム

・講演1:「知ってほしい！」

聴覚障がい者とのコミュニケーションと情報保障の『イマ』

大阪大谷大学 障がい学生支援室 アクセスルーム

公認心理師/臨床心理士 井手 沙織 先生

・講演2:「精神疾患を抱える患者の訪問看護と薬剤師に求めるもの」

(株)N・FIELD居宅事業本部大阪支店

エリアD部長(看護師) 西 友視 先生

・講演3:「地域に根付く薬局ってどんなん? ~2代目が歩む薬剤師道~」

サカイ薬局

薬剤師 酒井 孝征 先生

- 本学術交流会の生涯研修認定単位は、大阪府薬剤師会(5単位)、日本薬剤師研修センター認定対象集合研修会(2単位)として申請中です。(申し込み時に、大阪府薬剤師会研修単位には、大阪府薬剤師会会員番号、日本薬剤師研修センター研修単位には、薬剤師名簿登録番号が必要となります。これらの情報は各機関に報告いたします。)

●オンライン講演を開催するにあたって(日本薬剤師研修センター研修シールの扱いについて)

日本薬剤師研修センター研修会からの通達で、講演をしっかりと受講されているかの確認が求められております。それに伴い、出欠確認をZoomのログで行っております。必ず、一人につき1台の端末から視聴して下さい。Zoomでの参加者の名前は先生方のフルネームに変更願います。お名前の確認ができない場合や視聴時間が極端に短い場合は研修シールを発行できません。また、各講演の途中で合計4つのキーワードお伝えしますので、所定のwebサイトにそのキーワードを入力下さい。Webサイトは後日お知らせいたします。キーワード入力の確認が取れた方に研修シール2単位をご連絡いただいた住所へ、特定記録郵便にてお送りさせていただきます。

※当日の19時までキーワードの入力が確認できなかった場合には研修シールを郵送できませんので、予めご了承下さい。また、万が一研修シールが不着の場合にも再郵送はできませんので、申し込みの際には必ず郵便物が届くご住所をお知らせをお願いいたします。

●問合せ先：大阪大谷大学 薬学部 地域連携学術交流会 実行委員会 事務局

〒584-8540 大阪府富田林市錦織北3-11-1 TEL: 0721-24-9580 E-mail:yakugaku@osaka-ohtani.ac.jp

●参加登録方法 今回 FAX によるお申し込みはありません。

下記の申し込み専用サイトから氏名(フリガナ)、ご所属、連絡先(電話番号、メールアドレス)、希望の研修名、薬剤師名簿登録番号等をご記入ください。(尚、本交流会運営のために、参加者の連絡先情報を収集いたします。この情報は本学薬学部にて厳重に管理し、同運営にのみ使用します。)

申し込み締め切りは、~~8月20日(金)~~ **8月27日(金)**
(先着100名様にて締め切らせていただきます)

申し込みサイト(右のQRコードからもお申込できます)

<https://forms.gle/VqPVbAZndF5mDRMU9>



●参加費(500円)について

下記に示した振込用紙記入例を参考に指定の口座へお振込み下さい。なお、誠に恐縮ですが手数料は各自ご負担願います。お振込み確認後、ZoomのURL、ID、PWを申し込み時に入力いただきましたメールにお送り致します。

お振込み先: ゆうちょ銀行 口座記号番号 00970-8-279430 加入者名 大阪大谷大学

○振込用紙の通信欄には必ず「第49回大阪大谷大学薬学部地域連携学術交流会の参加費として」および「参加者氏名」をご記入下さい。ご記入がない場合、事務局で振り込みの確認が遅れる原因となりますのでご協力をお願いいたします。

○振込手数料節約のために1枚の振込用紙にて複数の参加者の参加費を振り込んでいただくことも可能ですが、その場合、必ず通信欄に何名分かおよび参加者全員の氏名をご記入下さい。

○お振り込みいただいた参加費につきましては、欠席の場合にも原則ご返金できませんので、ご了承下さい。

○学生の方は無料です。申し込み時に大学名学年を所属先欄にご記入ください。

●振込用紙記入例

00		大阪		払 込 取 扱 票	
口座記号番号				金額	千 百 十 万 千 百 十 円
0 0 9 7 0 - 8 - 2 7 9 4 3 0				金額	¥500
加入者名 大阪大谷大学				料金	備考
通信欄 第49回大阪大谷大学薬学部地域連携学術交流会参加費 参加者: 大谷 太郎					
学籍番号					
おところ(郵便番号 584-0066) 富田林市錦織北3-11				日 附 印	
おなまえ 大谷 太郎				料 金	円
(電話番号0721 24 0381)				備 考	
裏面の注意事項をお読みください。(ゆうちょ銀行)(承認番号大第41860号)					
これより下部には何も記入しないでください。					

切り取らないでお出しく下さい。

記載事項を訂正した場合は、その箇所に訂正印を押してください。

振替払込請求書兼受領証

口座記号番号	0 0 9 7 0 - 8 -	
	2 7 9 4 3 0	
加入者名	大阪大谷大学	
金額	千 百 十 万 千 百 十 円	金額
		¥500
おなまえ	大谷 太郎	
ご依頼人	様	
料 金	(消費税込み)	日 附 印
備 考	円	

この受領証は、大切に保管してください。

必ず通信欄にご記入下さい。