平成29年度　第２回愛媛県病院薬剤師会東予支部研修会のご案内

（日本薬剤師研修センター認定１単位申請中、日病薬病院薬学認定薬剤師制度１単位（Ｖ－２）申請中）

謹啓

時下、先生方におかれましては、ますますご清祥の段、お喜び申し上げます。

さて、この度、下記の要領にて研修会を開催させて頂く事となりました。

ご多忙の事とは存じますが、万障、お繰り合わせの上、ご出席賜ります様ご案内申し上げます。

なお、準備の都合上、お手 数ですが下記予定表を４月１４日（金）までにメールアド レス yakkyoku@saiseikaisaijo.jp または、FAX(0897-55-6766)までご返信下さいます様お願い申し上げます。

謹白

記

日　時　：　平成29年4月27日（木）18:30　～　20:30

会　場　：　ユ ア ー ズ

愛 媛 県 新 居 浜 市 泉 宮 町 ５ 番 ８ 号　　℡ ０８９７－３３－３５３５

18：30～18：45【患者指導資材展示】

18：45～19：00【学術情報】

「慢性便秘治療薬　アミティーザカプセル２４μｇ」マイランＥＰＤ合同会社

19：00～20：30【特別講演】　座長　済生会西条病院　薬局長　浅川　隆重　先生

『　慢性便秘　－病態に応じた処方と注意点－　』

北条病院　泌尿器科　部長　前田　明信　先生

共催：愛媛県病院薬剤師会東予支部、新居浜市薬剤師会、マイランＥＰＤ合同会社

＊　研修会終了後、情報交換の場をご用意しております。

以上

愛媛県病院薬剤師会（ または 愛媛県薬剤師会）非会員の方は参加費として500 円徴収いたします。

＊当日は、ご参加頂いた確認の為、ご施設名、ご芳名のご記帳をお願い申し上げます。尚、ご記帳頂いたご施設名、ご芳名は医薬品及び 医学・薬学に関する情報提供の為に利用させて頂くことがございます。何卒ご理解とご協力を賜りますようお願い申し上げます。

ご施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　出席予定名（参加予定に〇をご記入下さい）

お名前	講演	交換会	お名前	講演	交換会	お名前	講演	交換会