

愛媛県薬剤師会・愛媛県病院薬剤師会 合同研修会

謹啓

時下、先生におかれましては益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。さてこの度、「愛媛県薬剤師会・愛媛県病院薬剤師会 合同研修会」を、下記の要領にて開催させていただきます。ご多忙の中誠に恐縮ではございますが、ご出席賜りますよう宜しくお願い申し上げます。

謹白

記

日時 : 令和3年9月22日(水) 18:50~20:30

開催形式 : Zoom webinar

情報提供 18:50~19:00

『ペメトレキセド点滴静注液100mg/500mg「トロー」の製品紹介』

東和薬品株式会社

【プログラム】

【特別講演 1】 19:00~19:30

座長 田中 守 先生

(国立大学法人 愛媛大学医学部附属病院 薬剤部 部長)

『肺がん治療における薬剤師の関わり』

演者 小倉 千奈 先生

(独立行政法人国立病院機構 四国がんセンター 薬剤部 調剤主任)

【特別講演 2】 19:30~20:30

座長 小池 恭正 先生

(独立行政法人国立病院機構 四国がんセンター 薬剤部 部長)

『肺癌の標準的化学療法とその特徴

—知っておきたい有効性と副作用管理のポイント—』

演者 原田 大二郎 先生

(独立行政法人国立病院機構 四国がんセンター 呼吸器内科)

※ 愛媛県薬剤師会ならびに愛媛県病院薬剤師会の会員は無料
非会員2,000円、県外からの参加者は3,000円の参加者が必要です
振込方法は参加希望者に別途お知らせします

※ 日本薬剤師研修センター生涯研修 1単位 (V-2) (選択制) 申請予定です
日病薬病院薬学認定薬剤師制度 1単位 (選択制) 申請予定です

共催：愛媛県薬剤師会・愛媛県病院薬剤師会・東和薬品株式会社

～ご登録方法と注意事項～

【ご登録方法】

・当日のご視聴はZoomウェビナーを使用して配信致します。

・**事前登録制**（※最大聴講人数 100 名）とさせていただきます。



<事前登録URL>

https://zoom.us/webinar/register/WN_hq7FGAy1SQ-jkMiWe0HwQg

・事前登録用URLもしくはQRコードよりアクセスいただき、登録画面にて必要事項を全て記入の上、ご登録をお願い致します。

・登録されたメールアドレスにご登録者専用の視聴URLが送信されます。

※メールが届かない場合は再度ご登録の操作をお試しいただくか、メール設定のドメイン受信許可（@zoom.usの受信許可）の確認をお願いいたします。

【事前登録必要事項について】

①氏名（漢字フルネーム）

名・姓の入力順にご注意ください

②メールアドレス

携帯キャリアのメールアドレスは不可

③ご所属施設名（店舗名まで）

④勤務先住所

シール送付に必要なため郵便番号からご入力ください

⑤勤務先電話番号

⑥薬剤師登録番号

研修シール取得に必須のため

⑦会員・非会員の確認

愛媛県薬剤師会、愛媛県病院薬剤師会 会員／非会員

⑧希望する単位

【注意事項】

- ・事前登録の締め切りは**9月19日（日）**です
- ・受講記録の管理のため、1人1台の端末でご視聴ください（複数人で視聴しても一緒に視聴した方は単位は付与されません）

【講演会終了後のキーワード入力について】

- ・研修会中に表示されたキーワードは、講演会終了後「退出」ボタンをクリックするとブラウザ上で入力いただけるようになります
- ・ご入力後「送信」ボタンをクリックしてください
- ※キーワード入力が無い、または間違えた参加者への単位付与につきましてはご対応いたしかねますので予めご了承くださいませようお願い申し上げます

* 必須情報

名 *	姓 *
<input type="text"/>	<input type="text"/>
メールアドレス *	メールアドレスを再入力 *
<input type="text"/>	<input type="text"/>

上記の【個人情報取り扱いについて】に同意し、セミナーに申し込みます。（ご記入が無い場合、セミナーへのご参加ができませんのでご了承ください。）*

同意します

第三者への提供同意（ご提供いただきました個人情報は共催団体から求めがあった場合、提供することがございます。）*

同意します

同意しません

ご所属施設名（ご勤務先に複数の店舗がある場合は店舗名までご記入ください。）*	勤務先住所（単位はご勤務先に送付させていただきます。また、現在ご勤務されていない方は、ご自宅住所を記載して下さい。）*
<input type="text"/>	<input type="text"/>

勤務先電話番号（現在ご勤務されていない方は、ご連絡の取れる電話番号を記載ください。）*	薬剤師免許番号（研修シール取得に必須となります）*
<input type="text"/>	<input type="text"/>

愛媛県薬剤師会・愛媛県病院薬剤師会 会員もしくは非会員の確認 ※複数選択可 *

愛媛県薬剤師会 会員

愛媛県病院薬剤師会 会員

非会員

希望する単位 *

日本薬剤師研修センター生涯研修単位

日病薬病院薬学認定薬剤師制度単位

どちらも希望しない

ウェビナーにご参加いただき、ありがとうございます
以下のアンケートに入力するためのお時間をほんの少しだけおとします。

1. キーワード5番ご記入の扱い *	<input type="text"/>
2. キーワード2番ご記入の扱い *	<input type="text"/>
3. キーワード3番ご記入の扱い *	<input type="text"/>

By submitting, I agree to the [Privacy Statement](#) and [Terms of Service](#) and share my answers with the meeting host.

▲ 印刷 | 印刷: 2024/09/17 10:57

ご登録方法や当日の視聴に関して、ご不明な点などございましたら、こちらまでご連絡ください
東和薬品株式会社 松山営業所 岩下 興介 TEL : 089-990-8237 E-mail:k-iwashita@towayakuhin.co.jp