一般社団法人 大阪府医薬品登録販売者協会

〒543-0045　大阪市天王寺区寺田町2-5-16

グランコンフォート天王寺5階

TEL　06-6771-2628

FAX　06-6771-2637

メール：[oyk@osakahu.jp](http://osakahu.jp/contact/index.shtml)

**登録販売者生涯学習研修会　DVDビデオ講座のご案内**

厚生労働省から発出されております登録販売者の資質向上のための外部研修ガイドラインでは、

年間１２時間以上の研修が義務化されております。

年４回の当会開催研修会をすべてご受講頂くことで１２時間の研修時間を満たすことができますが、

時間の都合上、会場に足をお運び頂けない場合は、６時間以内の通信研修が認められております。

我々の上部団体である公益社団法人全日本医薬品登録販売者協会（以下｢全薬協｣）が通信研修として

ＤＶＤによるビデオ講座を作成いたしておりますので、受講ご希望の方はぜひご利用ください。

**受講案内**

・申込み対象となる講座：　平成30年度研修会　第1-4回（一回につき各3時間）

・費　用　　：　各回 ＤＶＤ1枚につき3,000円（協会会員は2,000円）

・払込方法： 下記の申込要領をご覧ください。

・受講方法：　申し込み完了後、全薬協よりＤＶＤと確認テストが送られます。

視聴学習後、解答した確認テストは大阪府医薬品登録販売者協会へ提出してください。

**申込要領**

１　下記申込用紙に必要事項をご記入の上、上記協会事務局までＦＡＸまたはメールにてお申し込みください。

２　事務局より７日以内に申込書受領と受講料送金のご案内をＦＡＸまたはメール致します。

郵便局に備え付けられている青色の郵便振替用紙をご利用の上、受講料をお振り込み下さい。

３　各月の５日と１５日に申し込みを取りまとめ、事務局より全薬協へ申し込みます。

４　全薬協が受け付けますと、申込各自宛てにＤＶＤと確認テストが送られます。

ＤＶＤによるビデオ講座を受講後、各自確認テストに記入してください。

５　確認テストは大阪府医薬品登録販売者協会の事務局まで送付してください。

折り返し受講印と受講シールを返送致します。

|  |
| --- |
| **平成３０年度　ＤＶＤビデオ研修申込書**申込日：　　　　　年　　　月　　　日 |
| **ご氏名** |  | **会員番号または****販売従事登録番号** |  |
| **ＤＶＤの送付先****（自宅・勤務先）** | **〒** |
| **勤務店舗名****（送付先が勤務先の場合）** |  |
| **電話番号****（自宅・勤務先）** |  | **FAX番号****（自宅・勤務先）** |  |
| **受講希望****□にチェック****(最大２ヶ所)** | □第１回（「薬事関係法規①、登録販売者として求められる理念、倫理」、「水虫） | □第２回（胃痛、胃痛を伴わない胃の症状） |
| □第３回（薬事関係法規②、リスク区分変更のあった医薬品、赤十字救急法） | □第４回（漢方製剤、倦怠感、疲労、栄養不足による諸症状） |
| **研修手帳の購入を希望する場合は○印→****（手帳代金￥５００＋送料￥１４０）** |  |  |

HP