

会 員 各 位

一般社団法人上越薬剤師会
会 長 吉 澤 光 弘

「日本薬剤師研修センター認定 1 単位」
保険薬局保険請求事例研修会について(ご案内)

日頃より、当会活動にご理解とご協力をいただき厚くお礼申し上げます。
このたび、下記の要領で研修会を開催いたします。諸事ご多用のこととは存じますが、是非ご出席くださるようお願いいたします。
なお、第1回、第2回の日程では内容が異なりますので、極力両日のご参加をお願いいたします。
また、非会員参加者（病院薬剤師の方は除く）については、シールの有無に係らず参加費として3,000円を徴収させていただきます。

記

第 1 回：令和元年 6 月 13 日（木） 午後 7 時 30 分～

「算定に係る事例 1～30」

第 2 回：令和元年 6 月 26 日（水） 午後 7 時 30 分～

「算定に係る事例 31～60」

会 場：上越市市民プラザ 第 1 会議室

(上越市土橋 1914-3 TEL:025-527-3611)

講 師：上越薬剤師会事務局長 上 野 憲 夫 先生

2019/6/13 (木) 主催：上越薬剤師会 「第 1 回保険薬局保険請求事例研修会」	上越薬剤師会研修会 研修時間：90 分；1 単位 (19：30～21：00) 開催場所：上越市市民プラザ
---	---

2019/6/26 (水) 主催：上越薬剤師会 「第 2 回保険薬局保険請求事例研修会」	上越薬剤師会研修会 研修時間：90 分；1 単位 (19：30～21：00) 開催場所：上越市市民プラザ
---	---

<主催>上越薬剤師会

問合せ先：一般社団法人上越薬剤師会
〒943-0173 上越市富岡 3525 番地
TEL 025-520-7611 FAX 520-7612
Email info@jouyaku.or.jp

※上記は研修手帳の研修会記録用として作成しています。ご自由にお使いください。

《参加申込書》6 月 13 日、26 日保険薬局保険請求事例研修会に参加します。

返信先：上越薬剤師会事務局 アドレス：info@jouyaku.or.jp FAX：025-520-7612

薬局名 _____

参加日に○		参加者氏名	会員	非会員	シール希望	
6/13 (木)	6/26 (水)				有	無

※必ず筆記用具をご持参ください。

〆切り：6 月 7 日（金）