

各 施 設 長 殿

心身障害児総合医療療育センター
所長 小 崎 慶 介 (公印省略)

第 7 回 重症心身障がい児・者に関わる薬剤師 講習会 開催について

標記の講習会を下記により開催いたしますので、ご案内いたします。
医療型障害児入所施設、療養介護施設および関連機関の薬剤師で受講希望者がおられましたらご推薦いただけますようお願いいたします。

記

1. 目 的 本講習会は、重症心身障がい児・者に関わる薬剤師に対し、必要な知識の向上と相互の情報交換を図ることを目的とする。
2. 講習期間 令和 2 年 4 月 1 8 日 (土) ～ 4 月 1 9 日 (日)
3. 講習場所 心身障害児総合医療療育センター 療育研修所
4. 定 員 4 0 名 (1 施設 2 名まで)
5. 受講資格 医療型障害児入所施設、療養介護施設ならびに保険薬局等に勤務する薬剤師
6. 受講費 1 6, 5 0 0 円
7. 添付書類 ① 講習会要綱 別紙 (1)
② 講習科目 別紙 (2)
③ 受講申込書 別紙 (3)
8. 申込方法 受講申込書を令和 2 年 3 月 1 6 日 (月) までに FAX または郵送で送付
(先着順に受付。定員になり次第締切)
送付先：〒173-0037 東京都板橋区小茂根 1 - 1 - 1 0
心身障害児総合医療療育センター 療育研修所
FAX 03-3959-7648(直通)
9. お問い合わせ 心身障害児総合医療療育センター 療育研修所
電話：03-5965-1136 (直通) FAX：03-3959-7648 (直通)

第7回 重症心身障がい児・者に関わる薬剤師 講習会 要綱

1. 講習期間 令和2年4月18日(土) ～ 令和2年4月19日(日)
2. 講習場所 心身障害児総合医療療育センター 療育研修所
住所：〒173-0037 東京都板橋区小茂根 1-1-10
交通：東京メトロ有楽町線・副都心線「小竹向原駅」3番出口より徒歩10分。
所要時間の目安は、羽田空港からは120分、東京駅からは60分。
尚、車 バイクでの通講はご遠慮下さい。
3. 定 員 40名（1施設2名まで）
4. 講習内容 講習会の内容・日程は 別紙（2）のとおり
5. 経 費 1) 受講費 16,500円（消費税 1,500円を含む）
2) 宿泊費 1泊 シングル4,950円(税込) ツイン3,630円(税込)
締切後に送付する「受講承諾書」の合計金額をお振り込みいただきます。
振込手数料（返金の場合も）の負担は参加者（施設）負担とします。
キャンセル（変更）の場合の返金について
4月16日(木)までの申し出は返金します。以後は返金しません。
6. 宿 泊
研修所の宿泊室はツインルームで17室、計34名が定員です。
部屋は基本的にシングルでの使用となります。希望者が18名以上の場合、一部の方がツインでの使用となります。 宿泊を希望される場合は申込書の欄に記入して下さい（各部屋には風呂・トイレはありません）。なお、講習会最終日の宿泊はできません。
7. 食 事
昼食は、各自でご用意をお願いします。
宿泊に関する食事への対応はしておりませんので各自で用意して下さい。ある程度の自炊可能な設備（冷蔵庫・電子レンジ・クッキングヒーター・湯茶等）はあります。
8. その他
1) 期間中を通して受講出来ること、また、受講に際して健康上支障のないこと。
2) 講習会初日4月18日(土)の受付は9時00分より10時00分まで。なお、宿泊される方で、前日4月17日(金)に来所の方は16時～17時までに到着して下さい。
受付、および17時より宿泊・施設使用に関しての説明をいたします。
(時間内にお越し頂けないと宿泊できない場合がございます)
3) 宿泊者携行品：健康保険証、洗面具、タオル、寝衣、スリッパ
(石鹸、シャンプー、ドライヤー、ティッシュ、目覚まし時計、洗濯機、乾燥機あり)
4) お分かりにならない事は、下記にお問い合わせ下さい。
心身障害児総合医療療育センター 療育研修所
TEL 03-5965-1136(直通), FAX 03-3959-7648(直通)

第7回 重症心身障がい児・者に関わる薬剤師 講習会 日程表

令和2年4月18日(土)～19日(日)

日時	午 前	午 後
4/18 (土)	<p>10:00～10:20 オリエンテーション・開講式</p> <p>10:30～12:00 (1.5) 障がい児・者と薬剤師「過去・現在」 療育センターきぼう 薬剤科 相田 文彦</p>	<p>13:00～15:00(2) 患者さまに合わせた薬物療法の実践 愛知学院大学薬学部 臨床薬剤学講座 教授 河原 昌美</p> <p>15:15～17:15(2) 重症心身障がい児のごはんが他の子と違う なんて誰が決めた？ 伊豆医療福祉センター 施設長 渡邊 誠司</p> <p>17:30～ 懇親会 (希望参加)</p>
4/19 (日)	<p>9:00～10:00(1) 抗菌薬適正使用における薬剤師の役割 ～豊島病院における 抗菌薬適正使用支援チーム活動について～ 東京都保健医療公社 豊島病院 薬剤科 松澤 弘志</p> <p>10:10～12:10 (2) てんかん薬物治療の考え方 東京慈恵会医科大学 小児科学講座 講師 日暮 憲道</p>	<p>13:00～14:30(1.5) 療育の未来を考えよう 島田療育センターはちおうじ 所長 小沢 浩</p> <p>14:40～16:10 (1.5) 障がい児・者と薬剤師「その未来」 -重心施設アンケートの結果から- 昭和薬科大学 地域連携薬局イノベーション 特任教授 串田 一樹 前 掲 相田 文彦 心身障害児総合医療療育センター 薬剤科長 海老原 毅</p> <p>16:10～ 修了式</p>

別紙(3)

療育研修所

第7回 重症心身障がい児・者に関わる薬剤師 講習会

受講申込書

ふりがな	
1. 氏名	S・H 年 月 日生, 才男・女
〒	TEL
2. 現住所	宿泊者: 携帯
3. 職種	職位
	現在の職場での経験年数 ()年
4. 配慮の必要性「車椅子使用」等	
5. 研修所宿泊の希望	
A) 研修所宿泊希望する 4月 日 から 4月19日 16時30分まで ()泊	
B) 研修所宿泊希望しない(通講、個人で用意する事を含む)	
6. 今回の講習会参加にあたっての貴方の課題(プログラムも参考にご記入下さい。名簿に掲載します)	
7. これまでに当療育研修所の講習会に参加したことがありますか あり・なし	
あるときは、その講習会名「 ()年度)」	
講習会名「 ()年度)」	
8. 懇親会(初日講義終了後 会費は1,500円) ()参加 ()不参加	
9. 請求書・領収書の宛名(無記入は施設名で用意します)	請求書 要・不要

上記の者を受講させたく申し込みます

令和2年 月 日

〒
施設住所
電話番号
Fax 番号

施設名

施設長名

印.

心身障害児総合医療療育センター
所長 小崎 慶介 殿

(研修所記入) 受付日 _____ 受付順位 _____