

令和6年6月吉日

各位

一般社団法人 金沢市薬剤師会  
会長 村田 世里子  
担当理事 佐倉 有紀

## WEB 学術講演会のご案内（先着 100 名）

拝啓 時下、先生方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。

この度 WEB 学術講演会を下記のように開催いたします。ご多忙とは存じますが、ご参加賜りますようお願い申し上げます。 敬具

日時： 令和6年7月18日（木） 19:30～21:00

座長： 佐倉薬局 佐倉 有紀 先生

講演① 19:30～20:15 「Subsynovial connective tissue」から考える  
手根管症候群、ばね指・腱鞘炎、手指変形性関節症」

講師① 北山整形外科・手のクリニック 院長 橋本 典之 先生

講演② 20:15～21:00 「高血圧、その歴史的変遷も踏まえて」

講師② ソフィア内科クリニック 院長 小川 純 先生

### 事前参加申し込みのお願い

二次元コードを読み取って頂き登録頂く、もしくは下記のメールアドレス宛に①氏名 ②勤務先 を記入の上お申し込みください。

[kawamura.yurina.yg@daiichisankyo.co.jp](mailto:kawamura.yurina.yg@daiichisankyo.co.jp) （第一三共 川村 080-7453-3466）

参加申込〆切 7月17日（水）

本講演会は、石川県薬剤師研修センターの研修受講シール1単位を申請中です

※金沢市薬剤師会会員でない方は参加費1,000円が必要です。

必ず ZOOM 入室時には、氏名と勤務先の記入をお願いいたします。

端末1名での参加とし、当日は ZOOM アプリ画面上で受講確認を行います。

受講が確認できた方には研修受講シールを後日郵送させていただきます。（返信用封筒必要）

受講シールご希望の方はシール受取用にご自身宛の封筒を下記までお送りください。

〒920-0935 金沢市石引4丁目1-13 金沢市薬剤師会

非会員の方は参加費1,000円を研修会前日までに下記口座へ振込みお願いいたします。

北国銀行 小立野支店 普通 433150 名義

一般社団法人金沢市薬剤師会 諸会費仮受口座 会長 村田世里子

招待メールが届かない場合は事務局までお知らせください。 金沢市薬剤師会 TEL 076-262-4489

共催 一般社団法人金沢市薬剤師会 第一三共株式会社



## 研修会実施計画書(新規・変更)

石川県薬剤師研修センター

認定薬剤師研修制度委員会 委員長 殿

研修会を以下のように計画しましたので、認定薬剤師研修制度実施規程第6条(1)に基づき、実施計画書を提出し、研修単位シールの交付を請求します。(注)開催予定日の3週間前までに提出してください。

研修会実施機関	名称	一般社団法人金沢市薬剤師会	機関番号
	代表者氏名	会長 村田 世里子	
担当者 (研修単位シール等の送付先及び当会からの問合せ先)	氏名	小倉 ちあき	
	住所	〒920-0935 金沢市石引4丁目1-13	
	電話番号	076-262-4489	※日中連絡の取れる電話番号
	E-mail	Shiyaku-office@tulip.ocn.ne.jp	※携帯電話のアドレスは不可

## 【研修会実施計画】

※ 変更の場合は、変更部分のみ記入してください。

研修会の種類	1. 集合研修 2. 実習研修					
研修会の名称	金沢市薬剤師会 WEB 学術講演会					
研修会の内容要旨	「Subsynovial connective tissue」から考える手根管症候群、ばね指・腱鞘炎、手指変形性関節症 北山整形外科・手のクリニック 院長 橋本 典之 先生 「高血圧、その歴史的変遷も踏まえて」 ソフィア内科クリニック 院長 小川 純 先生					
開催日時	2024年7月18日 19:30～21:00 (1時間30分)					
開催形態	1. 会場 2. オンライン 3. 会場 + オンライン					
会場 (配信会場)	施設名					
	所在地	〒 -				
受講料	1. 無料 金沢市薬剤師会会員 2. 有料 対象者(会員外 1,000円)					
受講予定者数	薬剤師 50名 (全参加者 50名)	講師数(薬剤師) 名				
研修単位シール 請求枚数	1単位	2単位	3単位	4単位	講師用(1単位)	合計枚数
	50枚	枚	枚	枚	枚	50枚
申請手数料納入	申請手数料は、本計画書の提出と同時に納入(直接又は振込)してください。 【振込先】 ゆうちょ銀行(郵便局) 口座名: 石川県薬剤師研修センター 口座番号: 00750-4-57816					
添付書類	<input type="checkbox"/> 研修会の詳細(演題、講師、開催時間)がわかるプログラム等 <input type="checkbox"/> 申請料を振り込んだ際の利用明細書の写し					
HPへの掲載	電子データの送信先 (E-mail: center-g08@ishikawakenyaku.com)					
本研修会では、利益相反・利益誘導にあたる内容は含まれない <input checked="" type="radio"/> はい ・ いいえ <input type="radio"/> (○で囲む)						

事務局 記入欄	受理日	20 年 月 日	担当者		研修会 登録番号	
------------	-----	----------	-----	--	-------------	--