

## 薬局薬剤師を対象としたがん領域研修会

今回の研修は3部構成で実施します  
臨床の現場での研修も行います

- 日時** 第1回 2023年1月26日(木) 13:30~17:00  
第2回 2023年2月9日(木) 13:30~17:00  
第3回 2023年3月2日(木) 13:30~17:00

**会場** ; 福島県立医科大学附属病院薬剤部及び  
外来化学療法センター

**定員** ; 各回3名 (応募者多数の場合は抽選となります)

### 研修内容

研修テーマ	時間	形式	講師
がん薬物療法について学ぼう ～ 診断から治療、そして薬局に おける調剤まで ～	1時間	講義形式	黒田純子
外来化学療法センター 臨床現場から学ぼう	1時間半	実地研修	伊與田友和
注射薬の調製手技について学ぼう	1時間	実地研修	鈴木優佳 他

# 令和4年度 福島県地域医療介護総合確保基金事業補助金 がん診療連携拠点病院の薬局薬剤師研修支援事業

参加費 : 無料

事前参加申し込み :



<https://forms.gle/oX4dLMAS3iangVPG9>

**申し込み期限 : 2023年1月5日 (木)**

\* 参加決定は、メールにて御連絡いたします。

参加者には、受講日までの2週間の健康記録を御提出いただきます。

参加決定通知に添付する「健康ダイアリー」に記録をお願いします。

\* 見学日の3日前までに添付の「COVID-19関連 事前確認票」と

「感染症抗体申告書」を事務局病院管理課宛てにご提出いただきます。

\* 本講演会に際し、薬剤師研修シール、修了証明書等の

配布はありませんのでご了承ください。

\* 個人情報第三者に開示・提供することはありません。

\* 当日の撮影、録音、録画は固く禁止いたします。

< 問い合わせ先 >

〒960-1295 福島県福島市光が丘1番地

福島県立医科大学附属病院薬剤部

TEL 024-547-1406

担当 鈴木優佳、後藤真明

主催 福島県立医科大学附属病院 薬剤部

## 感染症抗体申告書

研修名		職種	
-----	--	----	--

※見学の場合は、研修名欄に「見学」と記載してください。

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日	S・H 年 月 日 ( 歳)

	麻 疹	水 痘	風 疹
ウイルス性 疾患抗体検査	( +    - ) 実施日 年 月 日	( +    - ) 実施日 年 月 日	( +    - ) 実施日 年 月 日
ワクチン 接種歴	未 ・ 1回 ・ 2回 接種日 年 月 日	未 ・ 1回 ・ 2回 接種日 年 月 日	未 ・ 1回 ・ 2回 接種日 年 月 日
	流行性耳下腺炎	HBV	COVID-19
ウイルス性 疾患抗体検査	( +    - ) 実施日 年 月 日	( +    - ) 実施日 年 月 日	/
ワクチン 接種歴	未 ・ 1回 ・ 2回 接種日 年 月 日	未 ・ 1回 ・ 2回 接種日 年 月 日	未 ・ ____回 最終接種日 年 月 日

※ 抗体検査は必ず検査結果のコピーを添付してください。

( 福島県立医科大学附属病院 )

## COVID-19 関連 事前確認票

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行に関連し、ご協力お願いいたします。  
回答内容によっては、予定を中止させていただく場合がございますので、ご了承ください。

来訪日	来訪場所(例：手術室)	当院の担当所属	当院の担当教職員名

以下のあてはまる方を○で囲んでください。「あり」に○をつけた方は、詳細をご記入ください。

①ご自身の体調で出現した症状はありますか(14日以内)		全てなし ・ あり
	発熱(37.5℃以上)	・ あり
	せき	・ あり
	たん	・ あり
	息苦しさ	・ あり
	体のだるさ	・ あり
	味やにおいを感じない	・ あり
	下痢	・ あり
②同居人や周囲の方(職場や学校等)で、上記体調の症状がある方はいますか(14日以内)		なし ・ あり
	ありの場合    どういうご関係の方ですか	
	どの様な症状ですか	
	その方のお住まいの都道府県外への異動や滞在はありましたか	
③ご自身が COVID-19 と診断されたことがありますか(終診している場合は除く)		なし ・ あり
	ありの場合    診断日(    /    /    )、退院日または療養終了日(    /    /    )	
④同居人や周囲の方が COVID-19 と診断されたことがありますか(14日以内)		なし ・ あり
	ありの場合    どういうご関係の方ですか	
⑤ご自身のお住まいの都道府県外への移動・滞在はありますか(14日以内)		なし ・ あり
	ありの場合    国・県・地域名(    )、期間(    )	
⑥新型コロナワクチンを接種しましたか		はい ・ いいえ
	はいの場合    最近：    回目(日付    /    )	

以上について、相違ありません。

また、見学終了後 14 日以内に COVID-19 の症状が出現または PCR 検査陽性となった場合は、速やかに連絡することに同意します。

令和    年    月    日

氏名(自署) \_\_\_\_\_

電話番号    \_\_\_\_\_

メールアドレス \_\_\_\_\_

※ご記入の上、見学日の3日前までに事務局病院管理課宛て(bkeieig@fmu.ac.jp)にご提出ください。

※当日までの期間に体調に変化があった場合や記載内容に変更があった場合には、来院前にご連絡ください。