

2023年12月吉日

会員各位

一般社団法人福岡市薬剤師会
常務理事 古賀友一郎

急患診療センター登録薬剤師

「2024年度 新規登録希望者 募集」のお知らせ

急患診療センター登録薬剤師の2024年度 新規登録希望者の募集を行います
ご希望の方は下記の要件などを十分に確認の上、所定の申込書にて福岡市薬剤師会へのご提出をお願い致します。

記

1. 急患診療センター新規登録の要件

- ① 2024年4月時点で、福岡市薬剤師会の会員であること
- ② 調剤経験が3年以上であること（常勤又は常勤に準ずる勤務経験）
- ③ 急患診療センター登録薬剤師1名の推薦を受けること
 - 推薦者の要件
 - (1) 急患診療センター登録薬剤師としての経験が5年以上であること
 - (2) 新規登録薬剤師の指導など、その進捗について急患委員会へ協力すること
- ④ 勤務先の承諾を得る事
 - 勤務先変更の際には、新しい勤務先での承諾が必要
- ⑤ 薬剤師賠償責任保険（個人）に加入していること
- ⑥ 福岡市薬剤師会又は勤務薬剤師会主催の研修会・講習会を年5回以上受講すること
- ⑦ 2024年4月以降に開催される「新規登録者研修」に出席すること（いずれも無報酬）
 - (1) 合同研修 4月以降の土曜日、急患診療センターの診察時間外に開催
 - (2) 個別実地研修 5月以降の日曜日・日勤の時間帯（8：00～17：00）

2. 応募方法

- ① 所定の申込書にて申込を行うこと
- ② 薬剤師賠償責任保険(個人)に加入していることが確認できる書類を添付すること
(保険証書のコピー又は保険料支払いの領収書のコピー)
- ③ 福岡市薬剤師会事務局(急患)宛に郵送または持参すること (FAX不可)
- ④ 申し込み 締め切り 2024年1月31日(水) 必着

3. 連絡・提出先

一般社団法人福岡市薬剤師会 事務局

〒810-0021 福岡市中央区今泉1-1-1 TEL 092-714-4416

以上

急患診療センター登録薬剤師 2024年度新規登録申込書

【 申込者記入欄 】

申込日 年 月 日

氏名（申込者自署）	
氏名フリガナ	
生年月日	年 月 日
自宅住所	〒 -
携帯電話番号	- -
メールアドレス	記入不要（市薬剤師会の登録のアドレスを使用する）
調剤経験年数	年（常勤又は常勤に準ずる勤務経験）

【 推薦者 記入欄 】

推薦者氏名（推薦者自署）	
推薦者 確認	<input type="checkbox"/> 急患診療センター登録薬剤師としての経験が5年以上である <input type="checkbox"/> 新規登録薬剤師の指導など、その進捗について急患委員会へ協力ができる

【 勤務先記入欄 】

勤務先名	
承諾者 役職	
承諾者の署名 又は記名押印	⑩

【 注意事項 】

- ※ 薬剤師賠償責任保険（個人）に加入していることが確認できる書類を添付してください（保険証書の写し又は保険料払い込みの際の領収書の写しなど）
- ※ 勤務先変更の際には、新しい勤務先での承諾を取って頂きます
- ※ 勤務先に「兼業申請のための文書」の提出が必要な場合には、福岡市医師会 救急医療課にご相談ください。（092-847-1099）

【 提出先 】

一般社団法人福岡市薬剤師会 事務局 < 郵送またはご持参ください **FAX不可** >
〒810-0021 福岡市中央区今泉1-1-1 TEL 092-714-4416