

平成 23 年 7 月 8 日

会員各位

「震災特例措置」申請について

認定委員会委員長 直良 浩司
代表理事 加賀谷 肇

平成23年3月19日（土）開催予定であった「がん疼痛緩和と医療用麻薬の適正使用推進のための講習会」受講の代替措置として定められた「日本薬剤師研修センターのビデオ（平成21年度版）履修」（平成23年3月29日に学会HPで通知）が適わない場合のみ、下記手順にて震災特例措置を認めることといたします。

1）申請時に、中止となった3月19日（土）の講習会及び本年12月3日（土）に東京で開催予定の講習会、両方の参加申込を証明できるものを、様式4にて提示。

→【記入例①】「震災措置 申請時様式4」参照

3月19日（土）講習会の参加申込確認書は、申請者各自が麻薬・覚せい剤乱用防止センターに発行を依頼すること。

12月3日（土）講習会の予約証明は、予約完了の際に麻薬・覚せい剤乱用防止センターより発行される、申込完了メールかFAXの「お申込確認票」にて行う。

2）12月3日（土）の講習会を受講後、12月12日（月）必着で受講証明を事務局へ送付。

→【記入例②】「震災措置 12月3日出席証明」参照

申請時に使用した様式4の用紙に5点のシールを貼付し、PDF化して、事務局へメールで送信すること。期限を過ぎた場合は、受講したと認められません。

3）受講証明を確認後、合格者へは事務局より受験票を送付いたします。

書類審査通過者への必要手続き書類一式をお送りします。書類に記載の案内に従い、期日までに受験票の返送・受験料の支払を行ってください。

なお、書類審査不合格者へは、不合格通知の送付となります。

※受講証明が用意できなかった場合、証明の提出が締切を過ぎてしまった場合は、来年度も新規受験扱いとなります。ご注意ください。

以上

【記入例①】「震災措置 申請時様式4」

申請者氏名 _____

入会年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

所属施設名 _____

申請参加・履修時間 全 _____ 時間 (全 _____ 単位)

**講習会・教育セミナー・学会等の参加履修証明
平成(23)年度分**

年月日 (和暦)	講習会・教育セミナー等の名称 (演題名)	主催団体名	時間(単位)数	認定シール
① 平成 23 年 3 月 19 日	がん疼痛緩和と医療用麻薬の適正 使用推進のための講習会	麻薬・覚せい剤乱用防 止センター	時間 (0 単位)	開催中止 (参加申 込確認書 添付)
② 平成 23 年 12 月 3 日	がん疼痛緩和と医療用麻薬の適正 使用推進のための講習会	麻薬・覚せい剤乱用防 止センター	時間 (5 単位)	申込済み (予約証 明添付)
	()		時間 (単位)	
	()		時間 (単位)	
	()		時間 (単位)	
	()		時間 (単位)	
	()		時間 (単位)	
	()		時間 (単位)	
	()		時間 (単位)	
		合計	時間 (単位)	

※ページごとの合計を記載すること。

(注1：認定受講シールがあるものについては所定の箇所にシールを貼付し、認定受講シールがないものについては講習会・教育セミナー・学会等の参加証明書の写し(個人を特定できるもの)を添付してください。)

(注2：単位計算上の年度は1月～12月です。年度ごとに用紙を改めてください。)

(注2：紙面が不足する場合は、本様式を複写して使用してください。)

① の証明「参加申込確認書」

参加申し込み確認書

(氏名) 様 受付番号

平成23年3月19日開催予定の「がん疼痛緩和と医療用麻薬の適正使用推進のための講習会（東京会場）」への参加お申し込みがあったことを確認いたします。

平成23年 月 日

財団法人麻薬・覚せい剤乱用防止センター

理事長 井村 伸正

※印

※【ご参考】参加申込確認書の申請のしかた（麻薬・覚せい剤乱用防止センターより）

東京会場参加申し込み確認方法

- 1 確認の申し込み
3月19日開催予定の「がん疼痛緩和と医療用麻薬の適正使用推進のための講習会（東京会場）」へ参加申し込みを行ったことの確認を求める者は、同講習会の事務局である財団法人麻薬・覚せい剤乱用防止センターへ、電子メールで申し出ること。
(申込先メールアドレス uketuke@dapc.or.jp)
(注1) 申し出には、参加申込者の「氏名」「所属」を明記し、できれば「受付番号（F又はNで始まる3ケタの数字）」を記載してください。
(注2) 事務の都合上、確認の申し出は電子メールのみで受け付けます。当初、FAXでお申込みいただいた方についても、今回の確認は電子メールに限ります。
- 2 申込の確認
確認の申し出を受けた時は、参加申込者名簿に基づいて確認し、確認された場合は、別紙様式による「参加申し込み確認書」（PDFファイル）を返信メールに添付して送付する。
- 3 受付期間
平成23年7月1日～10月31日

②の証明—A（メールで申し込んだ場合）

様

がん疼痛緩和と医療用麻薬の適正使用推進のための
講習会 東京会場へのお申込みを受付いたしました。

—ご送信内容の確認—

受付番号:

[email]
[姓]
[名]
[セイ]
[メイ]
[職種]
[所属]
[所属そのた]
[都道府県]
[受講証明]
[受講証明そのた]
[質問票]
[送信確認]

当日は会場受付にて上記受付番号をお伝えください。
お申し込みありがとうございました。

このメールに心当たりの無い場合は、お手数ですが
下記までお問い合わせください。

(財)麻薬・覚せい剤乱用防止センター

②の証明一B (FAX で申し込んだ場合)

No.

お申込確認票

様

FAX番号

「がん疼痛緩和と医療用麻薬の適正使用推進のための講習会」
(東京会場・平成23年 月 日) への
参加お申込を受け付けました。

平成23年 月 日

財団法人
麻薬・覚せい剤乱用防止センター

* 講習会当日、本票を受付にご提出ください。

【記入例②】「震災措置 12月3日出席証明」

申請者氏名 _____

入会年月日 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

所属施設名 _____

申請参加・履修時間 全 _____ 時間 (全 _____ 単位)

**講習会・教育セミナー・学会等の参加履修証明
平成(23)年度分**

年月日 (和暦)	講習会・教育セミナー等の名称 (演題名)	主催団体名	時間(単位)数	認定シール
① 平成 23 年 3 月 19 日	がん疼痛緩和と医療用麻薬の適正 使用推進のための講習会	麻薬・覚せい剤乱用防 止センター	時間 (0 単位)	開催中止 (参加申 込確認書 添付)
② 平成 23 年 12 月 3 日	がん疼痛緩和と医療用麻薬の適正 使用推進のための講習会	麻薬・覚せい剤乱用防 止センター	時間 (5 単位)	申込済み 5
	()		時間 (単位)	
	()		時間 (単位)	
	()		時間 (単位)	
	()		時間 (単位)	
	()		時間 (単位)	
	()		時間 (単位)	
		合計	時間 (単位)	

申請時に使用した
様式4に、5単位の
シールを貼って
PDF化→メールで
事務局へ送付。

※ページごとの合計を記載すること。

(注1：認定受講シールがあるものについては所定の箇所にシールを貼付し、認定受講シールがないものについては講習会・教育セミナー・学会等の参加証明書の写し(個人を特定できるもの)を添付してください。)

(注2：単位計算上の年度は1月～12月です。年度ごとに用紙を改めてください。)

(注2：紙面が不足する場合は、本様式を複写して使用してください。)