

## 令和8年度 県民のためのくすりのセミナー 薬事衛生指導員派遣依頼書

申込日: 令和 年 月 日

公益社団法人新潟県薬剤師会会長 宛

下記のとおり県民のためのくすりのセミナーを開催したいので、薬事衛生指導員の派遣を依頼します。

実施主体団体	名称:		代表者名:	
	所在地:			
ご担当者	氏名	団体名・職名(上記と異なる場合)		
	電話	FAX	Mail	必要に応じて記入してください

## 【くすりのセミナー 開催計画】

開催希望日時	令和 年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分					
会場	名称:			電話:		
	所在地:					
対象者 (○をつける)	1	高齢者	2	老人クラブ	3	自治会
	4	患者、患者家族・介護者	5	婦人会	6	同好会グループ、教室
	7	乳幼児の保護者、サークルなど			8	その他 ( )
対象人員	予定人員:		人位			
セミナーの 主な内容 (テーマ等)	1	薬の知識	2	漢方薬・薬草	3	高齢者の病気と薬
	4	健康管理等全般	5	スポーツと薬	6	その他 ( )
テキスト等	1	主催者で準備する。(参考に1部送付)				
	2	講師、薬剤師会で準備して欲しい				
	配布資料に加えスライド投影を希望 ※プロジェクター・スクリーン等は基本的には主催者様にご準備をお願いしております。			希望する	希望しない	
プロジェクター・スクリーンなどの設備			ある	ない		
開催の形態	1	単独開催				
	2	併催 (イベント、講座等の名称: )			※実施要領、スケジュール表等を貼付	
本事業をどこ でお知りにな りましたか	1	県・市町村の紹介	2	社会福祉協議会の紹介	3	公民館の紹介
	4	チラシ	5	新潟県薬剤師会の WEBサイト	6	その他 ( )
備考						

## ▽お申込み前にご確認ください▽ ※ご不明な点はお問い合わせください

を入れてください。上記申込は以下に該当しない(該当する場合、お申込みいただけません)

- ・企業等が主催するもの  
※指定管理業者として、市区町村の事業を実施する場合はご相談ください。
- ・営利、福利厚生を目的とするもの
- ・会費制の団体が会員増強等を目的として開催するもの
- ・職能団体等の研修

●お申込み／お問い合わせ  
公益社団法人新潟県薬剤師会  
TEL:025-281-7730  
FAX:025-281-7735

開催希望日まで2ヶ月以上ある

※令和9年度以降の派遣希望はお問い合わせください。