

お薬や健康のはなし

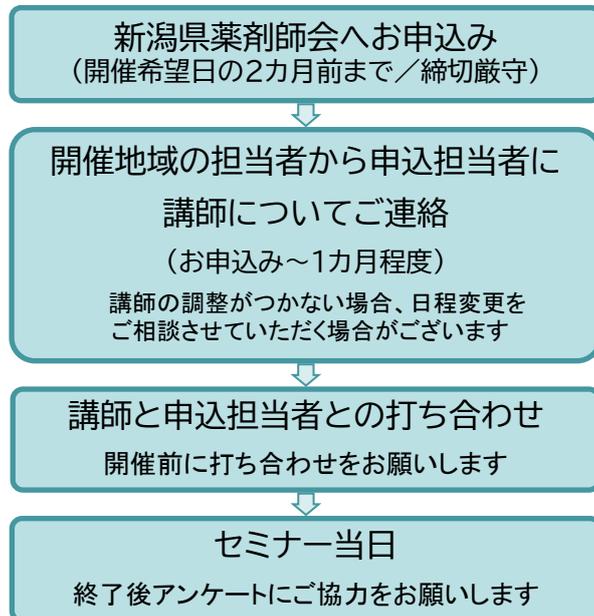
薬剤師が地域の集まりに出かけて薬や健康にまつわるお話をします。
講師は新潟県薬剤師会の薬事衛生指導員が担当します。講師料はかかりません。

- 薬の正しい飲み方・使い方
- 生活習慣病、運動、食生活と薬
- 薬の飲み合わせと副作用
- セルフメディケーション

そのほかのテーマもご相談ください
特定のメーカーや薬剤の紹介・宣伝はいたしません



●お申込みから当日までの流れ



【注意事項】

- 本セミナーは新潟県の補助事業です。
以下に該当する場合はご利用いただけません。
 - ・企業等が主催するもの ※1
 - ・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するもの(総会・懇親会)
 - ・職能団体や特定の職種を対象とした研修
 - ・同一団体からの複数回の申込(社協など窓口となるものは除く)
- ※1 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。

開催希望日の2カ月前までにいずれかの方法でお申込みください

申込方法

①WEB申込

右記二次元コードまたは新潟県薬剤師会WEBサイト「県民のみなさま」→「くすりのセミナー」ページからお申込みください。



②FAXまたは郵送で申込

本チラシ裏面の申込書に必要事項をご記入の上、下記住所に郵送またはFAXでお送りください。

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

☐開催希望日まで2ヶ月以上ある

●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

※令和9年度以降の派遣希望はお問い合わせください。