

7都薬会発第352号

令和7年12月6日

地区薬剤師会 会長様
地区薬剤師会 医療保険担当者様

公益社団法人東京都薬剤師会
会 長 高 橋 正 夫

「医療保険指導者養成講座」の開催について

平素より本会会務に格別のご高配を賜り感謝申し上げます。

当会では、保険薬局における保険薬剤師の質的向上及び保険調剤の適正化を図ることを目的として、調剤の取扱いや調剤報酬の請求等に関して先駆的な立場を目指す若手地区会員への研修である「医療保険指導者養成講座」を開催して参りました。

本年度も、例年実施される診療報酬等の改定に対処し、医療保険や介護保険に関する更なる知識の習得や会員に向けた情報伝達に意欲のある医療保険に精通した若手の薬剤師の参加を募集いたします。

つきましては、下記にて養成講座を開催いたしますので、参加を希望する出席者を令和8年1月26日（月）までに別紙にてお知らせくださいますようお願いいたします。

記

- 1.開催日時： 令和8年2月8日（日）12：00～16：00
- 2.会 場：TKP神田ビジネスセンター 401会議室
東京都千代田区神田美土代町3-2 神田アベビル 4階
- 3.参 加 者：若手会員（30代～40代の範囲でご検討ください）
※各地区1名
- 4.交 通 費：当会規定の交通費を支給いたします。

担当事務局：医療保険課 三浦・田代・清水 TEL 03-3518-9288 Fax 03-3294-7359

別 紙

送信日:令和 年 月 日
(1月26日(月)までに返信をお願いします)

東京都薬剤師会 医療保険課 行

FAX 03-3294-7359

Eメールアドレス hoken@toyaku.or.jp

地区・職域薬剤師会名: _____ 薬剤師会

返信者氏名: _____

「医療保険指導者養成講座」参加者届出書

令和8年2月8日(日)に開催される標記講座への参加者を下記の通り推薦いたします。

氏 名	(S・H 年 月 日生 満__歳)
薬 局 名 若しくは 病院名と部署名	
TEL	
携帯TEL	
Eメールアドレス (必ずご記入ください)	
地区・職域薬剤師会での 役職(現在)	

ご記入いただいた情報は、当該事業関係にのみ使用いたします