

## 高齢者薬物治療認定薬剤師制度 Mobile Seminar 基礎シリーズ終了アンケート

提出日：

氏 名：

勤務先： 保険薬局 ・ 病院 ・ その他（ ）

連絡先 e-mail：

研修会当日に連絡の取れる電話番号：

1) Mobile Seminar 基礎シリーズの受講についてお教えてください。

受講日 年 月 I. 高齢者の生理機能と薬物動態、注意すべき疾患

受講日 年 月 II. 高齢者の薬物治療に影響を及ぼす ADL の低下と環境因子

受講日 年 月 III. 多剤併用による有害事象とビアーズ基準等の適用

受講日 年 月 IV. 高齢者によくみられる疾病・注意点

2) 研修開始日を確認します。ご自身が該当するものの左側の□にチェックを入れご確認下さい。

1. これからワークショップの参加を検討する方。

2. ワークショップ申し込み後、参加までに基礎シリーズを受講した方。

**以上、1・2に該当する方は、初めて参加されるワークショップが研修開始日となります。**

3. 当機構以外を經由して WS-IVまたはV（日本アプライドセラピューティクス学会との共催）に過去1年以内に参加された方。

**3に該当する方は、過去1年以内に参加した WS-IVまたはVを研修開始日とできます。**

4. 最初のワークショップ参加から4年以上経ってしまった方や、途中で研修をやり直す方。

**4に該当する方は、研修終了までの期間（最長4年）を考慮し開始日を定めて下さい。**

5. その他（上記1-4に該当しない方。）

**原則として初めて参加したワークショップが研修開始日となります。**

3) この研修制度を最初に知ったきっかけ（情報源）をお教えてください。（1つだけ選択して下さい）

当機構ホームページ ・ 認定薬剤師.com ホームページ ・ 薬事日報社ホームページ

当機構からのメール ・ Facebook ・ 研修会チラシ ・ 口コミ ・ 会社からの指示

その他（ ）

4) 認定薬剤師としてどのような活動を行って行きたいですか？

5) その他、感想・要望などご自由にお書きください。

※ ポートフォリオ手帳（研修手帳）は、初めて参加される研修会でお渡しいたします。