

# プログラム

講座開催の挨拶

(10:50～ 11:00)

埼玉県女性薬剤師会会長 渡邊 美知子

演題 1) 免疫抑制剤～～～～～ (11:00～12:30)

防衛医科大学校血液内科教授

木村 文彦 先生

座長 藤田 照子

◇◇◇◇◇ランチョンセミナー (12:30～13:30)

情報提供：ブリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社

：大日本住友製薬株式会社

演題 2) CKD の診断と治療～～～～～ (13:30～15:00)

(情報提供：大日本住友製薬株式会社 セミナー)

社会医療法人財団 石心会

埼玉石心会病院 腎臓内科部長

さやま腎クリニック院長 池田 直史 先生

座長 矢作 有子

演題 3) 肺がん～～～～～ (15:20 ～ 16:50)

新座志木中央総合病院

呼吸器外科部長

宮島 邦治 先生

座長 鮎沢 道代

講座終了の挨拶

埼玉県女性薬剤師会副会長 金子 康子

## 平成28年度 薬剤師継続学習通信教育講座・前期スクーリング

主催 埼玉県女性薬剤師会 共催 大日本住友製薬株式会社

日時：平成28年9月4日（日） AM10:50～PM5:00

場所：フォーシーズンズ志木ふれあいプラザ（マルイファミリー志木8階）

TEL：048-486-1000 アクセス：東武東上線志木駅徒歩1分

受講料：¥4000（通信教育講座受講者以外は→女性薬剤師会会員は¥5000

女性薬剤師会非会員¥6000）

受講当日受付にお支払いください。（当日女性薬剤師会への入会も受け付けます）

受講確認印を必要な方は、はがきの持参を忘れずにお持ちください

一般社団法人日本女性薬剤師会認定単位：3単位

申込先：埼玉県女性薬剤師会 学術並木宛て（専用 FAX048-666-6696）

問い合わせ先：並木電話番号 048-666-6673（夜7時以降）

申込〆切：平成28年8月28日(日)まで

### 記

|             |                                       |                                                        |
|-------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 10:50-11:00 | 開会の挨拶                                 |                                                        |
| 時間割         | 演題                                    | 講師                                                     |
| 11:00-12:30 | 免疫抑制剤                                 | 防衛医科大学校血液内科教授<br>木村 文彦 先生                              |
| 12:30-13:30 | ランチョンセミナー                             | 情報提供：ブリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社<br>：大日本住友製薬株式会社              |
| 13:30-15:00 | CKDの診断と治療<br>情報提供：大日本住友製薬株式会社<br>セミナー | 社会医療法人財団 石心会<br>埼玉石心会病院 腎臓内科 部長<br>さやま腎クリニック院長 池田直史 先生 |
| 15:20-16:50 | 肺がん                                   | 新座志木中央総合病院<br>呼吸器外科部長 宮島 邦治 先生                         |
| 17:00-17:05 | 閉会の挨拶                                 |                                                        |

\*演題・講演順が変更になることもありますのでご了承ください

・・・・・・申込は下記の欄にご記入の上 ファクスでお申し込み下さい・・・・・・

**FAX番号048-666-6696（専用）**

|      |                                    |     |  |                      |
|------|------------------------------------|-----|--|----------------------|
| ふりがな |                                    |     |  | 通信教育講座 受講登録番号（封筒宛名に） |
| 氏名   |                                    |     |  | No. _____            |
| 住所   |                                    |     |  |                      |
| 電話   |                                    | Fax |  |                      |
| 勤務先  | 病院、薬局（開・勤・他）、その他、未就業、（○で囲んでください）   |     |  |                      |
| メール  |                                    |     |  |                      |
| 所属   | 埼玉県女薬・県薬・市薬・病薬・学薬・その他（ ）・○で囲んでください |     |  |                      |