令和2年10月20日

薬薬連携充実研修のDVDの貸出しについて

青森県立中央病院　薬剤部

　部長　山本章二

当院薬剤部にて実施した研修について、COVID-19を配慮し参加人数を制限して実施させていただきました。当日、参加できなかった薬薬連携の充実を目指す調剤薬局に所属する薬剤師や事務員の方に対し、当日の様子を撮影した動画のDVDを作成いたしました。聴講希望者は「貸出条件」をご確認のうえ、すべての条件に同意できる場合に限り、DVDを貸出しいたします。貸出希望の場合は本様式へ必要事項を記載し、薬剤部窓口メールへ添付のうえ申込ください。

　申込先メールアドレス：yakuzaibu@med.pref.aomori.jp

貸出可能DVD【希望するDVDの☐欄へ✔をいれてください】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 貸出希望 | 開催日時 | 研修会名 | 内容 | 備考 |
| ①  □ | 2020年9月2日  19時～20時30分 | 2020年第1回  薬薬連携充実研修 | 抗がん剤の副作用対策（千葉）  トレーシングレポート（小田桐） | 収録時間  約60分 |
| ②  □ |  |  |  |  |

「貸出条件」

①本DVDのデータをコピーしたり、動画再生画面を写真撮影や動画撮影したりしないこと。

②配布資料、受講証明書及び研修認定単位シール等は配布されない事を了承すること。

③本研修の内容や音声をyou tube等動画サイトやSNS（Twitter、Instagram等）へ投稿しないこと。

④貸出DVDが届いてから3週間以内に薬剤部へ返却すること。返却に係る費用は利用者が負担すること。

⑤申請者以外が聴講する場合は、上記①～④を事前に説明し、同意を得たうえで聴講させること。また、別紙の聴講者リストに氏名等を記載し返却時に添付すること。

DVD返却先：　〒030-8553

青森県青森市東造道２－１－１

青森県立中央病院　薬剤部

貸出依頼書【貸出条件に同意する場合、☐欄に✔を入れてください】

☐　私（DVD貸出申請者）は、「貸出条件」すべてに同意し、遵守しますのでDVDの貸出申請をします。

DVD貸出申請者

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 送付先住所 | 氏名 | 電話 | メールアドレス |
| 申請者 |  |  |  |  |

（別紙）聴講者リスト

＊記載欄が過不足の場合は、必要に応じて編集してご利用ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 聴講者 | 所属 | 氏名 |
| ①（貸出申請者） |  |  |
| ② |  |  |
| ③ |  |  |
| ④ |  |  |
| ⑤ |  |  |
| ⑥ |  |  |
| ⑦ |  |  |
| ⑧ |  |  |
| ⑨ |  |  |
| ⑩ |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |