

都道府県病院薬剤師会 会長 殿

一般社団法人 日本病院薬剤師会  
会長 木平 健  
災害対策委員会  
委員長 眞野 成



災害登録派遣薬剤師の登録確認・再募集について

平素より日本病院薬剤師会にご高配を賜り御礼申し上げます。

この度、災害対策委員会では、熊本地震での本会の活動を踏まえ、災害発生時に速やかに適切な医療支援活動が行えるよう「災害医療支援のための手引き」を改定(Ver.1.2)致しました。速やかな医療支援活動の一環として、医療ニーズが高まるDMAT 撤退後に速やかに被災医療施設へ薬剤師を派遣できるよう事前に薬剤師を登録し、その薬剤師に対して災害医療の研修を実施することを計画しております。

すでに各都道府県病院薬剤師会で災害登録派遣薬剤師候補者を選出しているところではございますが、災害医療の研修実施に向け、より多くの候補者を選出いただきたく、再募集のご案内を申し上げます。

今回の再募集に伴い、貴都道府県病院薬剤師会の災害登録派遣薬剤師ご登録状況についても今一度ご確認いただきたく存じます。

つきましては、「災害医療支援のための手引き (Ver1.2)」をご一読いただき、別添の新様式を平成29年8月25日(金)までに、日病薬事務局総務課までご郵送またはメール添付 ([kenbyo@jshp.or.jp](mailto:kenbyo@jshp.or.jp) 宛) にてご提出いただきますようお願い申し上げます。なお、様式1-1及び様式1-3(所属施設変更の場合)のご提出がある場合は、必ずご郵送いただきますようお願い致します。様式1-1には新たに登録する薬剤師の必要事項を記入し、様式1-2には、登録した災害登録派遣薬剤師の継続可否等、あてはまる項目にチェックをつけていただき、登録情報に変更がある場合は、様式1-3の登録変更届をご記入ください。

お手数ではございますが、災害時の医療支援体制の構築のために、災害登録派遣薬剤師の登録にご協力くださいますようお願い申し上げます。

<照会先>

一般社団法人 日本病院薬剤師会  
事務局総務課 加藤、稲富  
(03)3406-0485 [somu@jshp.or.jp](mailto:somu@jshp.or.jp)

# 災害登録派遣薬剤師 随時募集

登録を希望される方は「災害医療支援のための手引き(Ver1.2)」を  
ご一読いただき、新規登録名簿を福島県病院薬剤師会事務局まで  
ご提出ください。

## 連絡先

福島県病院薬剤師会事務局  
公益財団法人 仁泉会  
北福島医療センター 薬剤科内  
事務局長 秦 圭資

TEL・FAX 024-583-4160(事務局専用)

E-mail hata-kei@jinsenkai.or.jp

〒960-0502

福島県伊達市箱崎字東23番地1

### 災害登録派遣薬剤師 新規登録名簿

※登録年月日	平成 年 月 日
都道府県病薬名	病院薬剤師会
(ふりがな) 申請者氏名	( ) ④
生年月日(満年齢)	年 月 日 ( 歳)
性別	男・女 (○を付けてください)
現住所	〒□□□-□□□□
同 Tel・Fax	Tel:( )-( )-( )・Fax:( )-( )-( )
メールアドレス	E-mail _____@_____
携帯電話番号	Tel:( )-( )-( )
携帯電話メールアドレス	E-mail _____@_____
勤務先・所属 職名	
勤務先住所	〒□□□-□□□□
同 Tel・Fax	Tel:( )-( )-( )・Fax:( )-( )-( )
メールアドレス	E-mail _____@_____
薬剤師名簿(免許)	登録番号:第 _____ 号 登録年月日: 年 月 日
日病薬会員 No.	
災害医療に関する 研修の受講歴	<input type="checkbox"/> あり(該当する内容にチェックし、受講証明を添付してください) ・内容 <input type="checkbox"/> DMAT 隊員養成研修 <input type="checkbox"/> 日本集団災害医学会災害薬事研修コース(PhDLS) <input type="checkbox"/> 日本災害医療薬剤師学会災害支援薬剤師養成研修会 <input type="checkbox"/> その他( _____ ) <input type="checkbox"/> 受講歴なし又は不明

上記の薬剤師を、日本病院薬剤師会災害派遣登録薬剤師に登録することを承諾いたします。

施設名 \_\_\_\_\_

施設長 氏名 \_\_\_\_\_ ④

所属長 役職 \_\_\_\_\_

所属長 氏名 \_\_\_\_\_ ④