



宮 県 薬 第 33 号

平成 23 年 6 月 24 日

社団法人日本薬剤師会

会長 児玉 孝 様

社団法人宮城県薬剤師会

会長 生出泉太郎



### 東日本大震災における支援薬剤師の募集について（報告）

東日本大震災被災地への災害支援薬剤師の派遣につきましては、各ブロック内薬剤師会からの派遣について調整、お取りまとめ頂くなど格別のご高配を賜りまして心より厚く御礼申し上げます。

これまで日本薬剤師会のスキームとして頂きました災害支援薬剤師の派遣につきましては6月末日で終了となりますが、長期にわたり支援活動にご協力いただきましたこと改めて深く感謝申し上げます。

震災発災後3ヵ月を経過し、宮城県における支援活動も着実にその成果を上げ、一歩ずつ復旧に向けて進んでおり、地域医療体制も徐々に復旧しつつありますが、完全復興にはまだまだ多くの時間が必要です。

つきましては、7月以降も石巻地区での長期的なご支援を賜りたく、別紙とおり支援薬剤師の募集をさせていただくことになりましたのでご報告させていただきます。

宮城県薬剤師会としても会員が一丸となって復興へ向け進んで参る所存でございますので、引き続きあたたかく見守って頂きますよう、お礼かたがたお願い申し上げます。

## 薬剤師班（救護）募集のお知らせ（宮城県）

標記について、下記要領にて募集及び派遣を実施いたしますので、ご協力・ご支援の程、何卒よろしくお願い申し上げます。

### 記

- 【対象】 薬剤師
- 【募集地区】 石巻地区 4～6名/日
- 【活動内容】 救護所調剤、医薬品管理、医療チーム帯同、避難所巡回（お薬相談等） 等
- 【活動時間】 毎日7時～19時（18時からミーティング）
- 【集合場所】 バイタルネット石巻支店 もしくは 石巻薬剤師会仮事務所  
※ 石巻入り時刻によって場所が異なりますので、前日までに災害優先  
電話 080(1650)9695 へ到着時刻の連絡をお願いします。
- 【宿泊場所】 石巻薬剤師会仮事務所（寝袋要持参）
- 【持ち物】 寝袋、白衣、上履き、飲食物（現地コンビニ・スーパーも営業再開）、その他薬剤師業務に必要なと思われるもの
- 【応募方法】 必要連絡事項を記載し、下記メールアドレスまたはFAXへご応募ください。日程等調整後、集合場所までの地図・連絡先等をお送りします。
- 【応募先】 jim6@mypha.or.jp / FAX番号：022(391)6640
- 【その他】 出来るだけ、実質活動3日以上のご支援をお願い申し上げます。
- 【応募時の連絡事項】（別紙申込用紙）
1. 氏名
  2. 年齢
  3. 性別
  4. 勤務先
  5. 調剤経験年数、OTC経験年数
  6. 自動車運転の可否
  5. 連絡先（携帯番号・地図等関係資料送付先FAX番号）
  6. 活動可能日（月 日 ～ 月 日） ※ 移動日を除く
  7. 到着予定
  8. 移動手段
  9. 備考（例：○月に△日間、岩手県での活動経験（避難所巡回）がある 等）

以上

# 薬剤師班（救護）申込書

平成 年 月 日 申込

氏名		年齢 歳	性別（男・女）
勤務先	TEL		
調剤経験年数			
OTC経験年数			
自動車運転	（可・不可）		
連絡先	携帯電話番号		
	資料送付先FAX番号		
活動可能日	開始日： 月 日 ～ 終了日： 月 日（※移動日を除く）		
到着予定	月 日 : 頃 石巻市内着		
移動手段			
備考			

## 薬剤師避難所巡回活動 石巻地区

### 薬剤師班（救護）募集について （お願い）

宮城県薬剤師会

対 象：薬剤師

募集地区：石巻地区

期 間：土曜日、日曜日

活動内容：石巻地区避難所の巡回訪問

避難所では、お薬手帳の発行、服用中の医薬品確認、避難所での  
お薬相談、服薬指導、衛生環境の確認と指導、余剰医薬品の回収等  
を行います。

参加形態：1チーム 2名以上で活動（グループでの参加可能）

自己完結型（チームで1台の車両必要、ガソリン等必要経費につい  
ては、自己負担でお願い致します。）

身分保証：今回の参加は、宮城県と宮城県薬剤師会とで結んでおります協定に  
基づく宮城県からの派遣となり、薬剤師班として活動していただき  
ます。

※ 避難所等への出入りにつきましては行政への連絡等が必要なため、  
正式な手続きを済ませ活動いただけますようお願い申し上げます。

登録方法：申込書に必要事項記入し、メール送信もしくは FAX でお申し込み  
ください。

仮登録後、集合場所・時間等についてのメール及び FAX で返信いた  
します。返信をもって受付完了になります。

当日ミーティングを行い、宮城県へ本登録となります。

当日は現地集合、時間厳守

集 合：9：00 バイタルネット石巻支店  
石巻市門脇字一番谷地43-8  
☎0225-23-1271

解 散：16：00 解散予定

## 薬剤師避難所巡回活動 石巻地区申込書

ふりがな 氏名	年齢 歳		申し込み日	平成 年 月 日	
			性別	男	女
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
住所	☎ 携帯電話				
勤務先名 電話番号	☎ FAX(参加確認書送付先)				
参加可能日程を下欄に記入してください 締め切り: 毎週その週の水曜日12:00まで					
確 認 事 項					
車の運転	可	不可	車両協力	可	不可
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
調剤経験	多い	少ない	OTC経験	多い	少ない
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
チーム編成の参考にします。 同行者があれば、名前を記入下さい。申込書は全員分提出願います。					
連絡事項等あればご記入下さい。					

Mail: jim6@mypha.or.jp    宮城県薬剤師会    FAX 022-391-6640