

平成30年12月11日

会 員 各 位

(一社) 京都府薬剤師会事務局

東京2020オリンピック・パラリンピック競技大会での選手村
総合診療所におけるボランティア薬剤師の募集について

日本薬剤師会から、東京オリンピック・パラリンピック競技大会組織委員会からの要請に基づき、選手村総合診療所におけるボランティア薬剤師の推薦依頼がありました。

つきましては、本会会員で、別添、参加条件を満たし、かつ、期間、場所、待遇等の条件を同意の上、選手村総合診療所における薬剤業務にご協力いただける方は、平成31年1月25日(金)までに、別紙1の「薬剤師応募申込書」により、京都府薬剤師会事務局まで、メール又は、FAXでお申し込みをお願いします。

なお、同様の推薦依頼が日本病院薬剤師会からも来ておりますので、病院薬剤師の方は、別紙2の「薬剤師応募申込書」により、上記、期日までにお申し込みをお願いします。

担 当	(一社)京都府薬剤師会事務局 <small>まつむらのぶお</small> 松村信男
E-mail	matumura@kyotofuyaku.or.jp
FAX	(075)525-1650
電 話	(075)551-0376 (代)

日薬情発第 117 号
平成 30 年 11 月 21 日

都道府県薬剤師会会長 殿

日本薬剤師会
会 長 山本 信夫

東京 2020 オリンピック・パラリンピック競技大会での選手村総合診療所における薬剤業務にあたる薬剤師の募集について（依頼）

平素より本会会務にご協力、ご理解を賜り、厚く御礼申し上げます。

先般、東京オリンピック・パラリンピック競技大会組織委員会大会準備運営第一局医療サービス部の依頼を受け、「東京オリンピック・パラリンピック競技大会での選手村総合診療所における薬剤業務への協力に関するボランティア薬剤師の調査」（平成 29 年 9 月 5 日付日薬業発第 183 号）を実施いたしました際には、多大なるご協力を賜り厚く御礼を申し上げます。

今般、東京オリンピック・パラリンピック競技大会組織委員会大会運営局長より、別添のとおり同大会の選手村総合診療所で薬剤業務にあたる薬剤師の推薦依頼がありました。

つきましては、貴会会員で、下記の条件及び要件を満たし、選手村総合診療所における薬剤業務に協力・参加を希望する方については、「選手村総合診療所 薬剤師応募申込書」（別紙 1）にご記入の上、平成 31 年 2 月 15（金）までに、本会事務局（担当：中央薬事情報センター 医薬情報管理部）宛にご推薦をお願い致します。

会務ご多用のところ誠に恐縮には存じますが、何卒よろしくお願い申し上げます。

薬剤師参加要項

1. 参加要件について

※下記①～⑤を全て満たす必要があります。

- ①東京オリンピック・パラリンピック競技大会組織委員会（以下、組織委員会）が設置する選手村総合診療所（晴海）で、オリンピック・パラリンピック大会期間併せて5日以上が協力が可能である。但し、5日とは、必ずしも連続した日でなくとも良い。
- ②調剤業務（調剤・監査・服薬指導等）の十分な経験を有する。輸液・注射薬の取扱いに習熟している方が望ましい。
- ③アンチ・ドーピングに関する十分な知識を有する。
- ④英語でのコミュニケーション、服薬指導が可能である。
- ⑤組織委員会が行う事前研修への参加が可能である（2019年秋頃から大会直前までの間に、計2日間程度を予定）。

2. 期間、場所等について

場所：選手村総合診療所（晴海）

期間：2020年7月8日（水）～9月9日（水）（予定）

時間：1シフトは、1時間休憩を含む9時間程度の活動を予定。シフトは現在調整中。

3. 待遇等について

選手村総合診療所においてボランティアによる薬剤師活動に参加する薬剤師を募っておりますので、原則として、組織委員会より、①交通費（近距離相当分）の支給（予定）、②ユニフォーム及び食事の支給（予定）、③保険は、第三者賠償責任保険、診療所賠償責任保険（医療従事者包括担保特約を含む）、及びご本人の傷害を補償する傷害保険等を手配する予定です。

なお、応募にあたっては「薬剤師活動に対する報酬の支給は予定されていない」ことをご含みおきください。

また、組織委員会が行う事前研修も含め、当該大会に参加するための交通並びに宿泊等の費用及び選手村総合診療所における活動に対する報酬は、日本薬剤師会並びに日本病院薬剤師会では補填致しません。交通費並びに宿泊等の手配は各自でお手配ください。

4. 推薦方法について

推薦する薬剤師は、別紙の「選手村総合診療所薬剤師応募申込書」をご使用の上、貴会より推薦して下さい。また、推薦者には「2. 期間、場所等について」及び「3. 待遇等について」のご説明をお願いいたします。

なお、「選手村総合診療所薬剤師応募申込書」には、都道府県薬剤師会会長名（都道府県病院薬剤師会会長名）をご記名の上、ご捺印下さい。

5. 選考方法について

選手村総合診療所の薬剤師は、貴会より提出された「選手村総合診療所薬剤師応募申込書」を日本薬剤師会にて確認し、組織委員会に推薦者名簿を提出します。

なお、病院薬剤師については、日本病院薬剤師会を通じて日本薬剤師会に推薦者名簿が提出されますので、同様に確認の上、組織委員会に推薦名簿を提出します。

最終選考は組織委員会にて行われ、約40名程度が採用される予定です。

選手村総合診療所 薬剤師応募申込書

○基本情報 (記入日：平成 年 月 日現在)

ふりがな 氏名		性別	男・女	年齢	才
自宅住所	〒				
電話	自宅 ()	携帯	()		
e-mail					
所属 (勤務先)	公認スポーツファーマシスト認定番号(8ケタ)				

○調剤の経験、アンチ・ドーピング活動の経験など

勤務先1	勤務先名	勤務期間： 年～ 年 業務内容：
勤務先2	勤務先名	勤務期間： 年～ 年 業務内容：
勤務先3	勤務先名	勤務期間： 年～ 年 業務内容：
アンチ・ドーピング 活動の経験	競技団体・スポーツ協会での活動経歴、アンチ・ドーピング活動の経験等をご記入ください。	

○英語での会話力

<input type="checkbox"/> 上級(服薬指導、相談対応ができる)	<input type="checkbox"/> 中級	<input type="checkbox"/> 初級(日常会話ができる)
英語(又はその他言語)を用いた業務経験、留学経験、海外居住経験、英語力の参考となる情報をご記入ください。 参考となる資格試験結果がある場合は、試験名と点数(スコア、級など)をご記入ください。		
英語以外の言語	<input type="checkbox"/> 対応不可 <input type="checkbox"/> 対応可(言語名：)	

○参加可能期間、日数、滞在場所の状況

(注) 選手村診療所の開設期間は、7月8日から9月9日までを予定しています。診療時間は原則7:00～23:00を予定していますが、延長する場合があります。宿泊先はご自身で確保していただくことになります。

参加可能日数	合計 () 日程度 ※5日以上を記入
参加可能な期間等 (可能な期間すべてを✓) ※希望に添えない場合も あります。	<input type="checkbox"/> オリンピック期間(7月上旬～8月中旬)のみ <input type="checkbox"/> パラリンピック期間(8月中旬～9月上旬)のみ <input type="checkbox"/> オリンピック・パラリンピック期間(7月上旬～9月上旬) <input type="checkbox"/> その他 ※週1回 ○曜日、7月のみ、シフト調整可能 等 ()
参加期間中の滞在先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅外 → <input type="checkbox"/> 滞在先を確保している <input type="checkbox"/> 滞在先未定

上記の者を選手村総合診療所の薬剤師として推薦します。

平成 年 月 日

都道府県薬剤師会名 _____

都道府県薬剤師会会長名 _____ (印)

選手村総合診療所 薬剤師応募申込書

○基本情報 (記入日：平成 年 月 日現在)

ふりがな 氏名		性別	男・女	年齢	才
自宅住所	〒				
電話	自宅 ()	携帯	()		
e-mail					
所属 (勤務先)	公認スポーツファーマシスト認定番号 (8ケタ)				

○調剤の経験、アンチ・ドーピング活動の経験など

勤務先 1	勤務先名	勤務期間： 年～ 年 業務内容：
勤務先 2	勤務先名	勤務期間： 年～ 年 業務内容：
勤務先 3	勤務先名	勤務期間： 年～ 年 業務内容：
アンチ・ドーピング 活動の経験	競技団体・スポーツ協会での活動経歴、アンチ・ドーピング活動の経験等をご記入ください。	

○英語での会話力

<input type="checkbox"/> 上級 (服薬指導、相談対応ができる) <input type="checkbox"/> 中級 <input type="checkbox"/> 初級 (日常会話ができる)	
英語 (又はその他言語) を用いた業務経験、留学経験、海外居住経験、英語力の参考となる情報をご記入ください。 参考となる資格試験結果がある場合は、試験名と点数 (スコア、級など) をご記入ください。	
英語以外の言語	<input type="checkbox"/> 対応不可 <input type="checkbox"/> 対応可 (言語名：)

○参加可能期間、日数、滞在所の状況

(注) 選手村診療所の開設期間は、7月8日から9月9日までを予定しています。診療時間は原則7:00～23:00を予定していますが、延長する場合があります。宿泊先はご自身で確保していただくことになります。

参加可能日数	合計 () 日程度 ※5日以上を記入
参加可能な期間等 (可能な期間すべてを✓) ※希望に添えない場合も あります。	<input type="checkbox"/> オリンピック期間 (7月上旬～8月中旬) のみ <input type="checkbox"/> パラリンピック期間 (8月中旬～9月上旬) のみ <input type="checkbox"/> オリンピック・パラリンピック期間 (7月上旬～9月上旬) <input type="checkbox"/> その他 ※週1回 ○曜日、7月のみ、シフト調整可能 等 ()
参加期間中の滞在先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅外 → <input type="checkbox"/> 滞在先を確保している <input type="checkbox"/> 滞在先未定

上記の者を選手村総合診療所の薬剤師として推薦します。

平成 年 月 日

都道府県病院薬剤師会名 _____

都道府県病院薬剤師会会長名 _____