

7 福薬業発第 296 号
令和 7 年 11 月 17 日

各地区薬剤師会会長 殿

公益社団法人福岡県薬剤師会
常務理事 竹野 将行

バイオシミラーの普及にかかるセミナーの周知について

平素より本会会務に格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

標記につきまして、全国健康保険協会福岡支部より別添のとおり連絡がありましたのでお知らせいたします。

この度、バイオシミラーの基礎知識や使用促進をテーマとした医師・薬剤師向けの研修会が下記のとおり開催されます。

ご多忙とは存じますが、貴会会員へのご周知方よろしくお願い申し上げます。

記

日 時：令和 7 年 12 月 9 日（火）19 時 00 分から 20 時 00 分

開催方法：TKP ガーデンシティ博多新幹線口 4-A 会議室および Web 配信
（福岡市博多区博多駅中央街 5-14 福さ屋本社ビル 4 階）

参加費：無料

申込方法：別添の参加申込書に必要事項をご記入のうえ、FAX または郵送にて
お送りください

【送付先】全国健康保険協会 福岡支部 企画総務グループ

FAX：092-477-7297

郵 送：〒812-8670

福岡市博多区博多駅東 1-17-1 コネクトスクエア博多 8 階

申込締切：令和 7 年 11 月 25 日（火）

以 上

協福岡支部発第 251111-02 号

令和 7 年 11 月 11 日

公益社団法人福岡県薬剤師会

会長 小田 真稔 様

全国健康保険協会福岡支部

支部長 兼重 正幸



バイオシミラーの普及にかかるセミナーの周知について（依頼）

平素より、当協会の事業運営につきまして、格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。また、標記セミナーの開催にあたりご後援をいただき、重ねて御礼申し上げます。

この度、本セミナーのチラシを作成いたしましたので、下記のとおりお送りいたします。貴会会員様への周知にご協力賜りますよう、何卒よろしくお願い申し上げます。

記

・バイオシミラーセミナーチラシ

5 枚

【お問い合わせ先】

〒812-8670

福岡市博多区博多駅東 1-17-1

コネクトスクエア博多 8 階

全国健康保険協会福岡支部

企画総務グループ 高尾、堂園

TEL 092-477-7252（直通）

日医生涯教育制度
指定講座

医師・薬剤師の方向け



バイオシミラー 普及に関するセミナー

医師・薬剤師の方に、バイオシミラーの基礎知識や
使用促進をテーマとしたセミナーを開催いたします。
どなたでもご参加いただけますので、ぜひご参加を
お待ちしております！

参加費
無料

日時

令和7年12月9日(火)

19:00 - 20:00

開場18:30

会場

TKPガーデンシティ博多新幹線口
4-A会議室

(福岡市博多区博多駅中央街5-14 福さ屋本社ビル4階)

WEB配信 (ZOOMウェビナー) もございます。

PROGRAM

開会
挨拶

19:00 開会の挨拶
-19:05 全国健康保険協会福岡支部

講演

19:05 バイオシミラーの推進における地域連携の重要性
-19:45 兼重 晋先生 福岡大学 薬学部 教授
福岡大学病院 薬剤部

座長：三嶋 一登先生 福岡山王病院 薬剤部

ディスカ
ッション

19:45 ディスカッション
-20:00 兼重 晋先生、三嶋 一登先生、全国健康保険協会福岡支部

主催

全国健康保険協会福岡支部

共催

福岡県

後援

福岡県医師会・福岡県薬剤師会・福岡県病院協会・
福岡県病院薬剤師会

お問い合わせ



全国健康保険協会 福岡支部
協会けんぽ

企画総務グループ

TEL : 092-477-7250

(音声ガイダンス②→④)

参加のお申込みは裏面をご確認ください。

令和7年度 バイオシミラーセミナー参加申込書

ご所属 (医療機関・会社・自治体名等)			
ご住所 (参加票の送付先)	〒		
電話番号			
ご参加者氏名①	フリガナ	職種	☐ 医師 ☐ 薬剤師 ☐ その他 ()
ご参加者氏名②	フリガナ	職種	☐ 医師 ☐ 薬剤師 ☐ その他 ()
ご参加者氏名③	フリガナ	職種	☐ 医師 ☐ 薬剤師 ☐ その他 ()
参加形式 (いずれかに○をしてください)	会場 ・ WEB (ZOOM)		

お申し込み方法

- 参加申込書に必要事項をご記入のうえ、**FAXまたは郵送**にてお送りください。
- お申込みいただいた方には、後日「参加票」をお送りいたします。セミナー3日前までに参加票が届かない場合はご連絡をお願いいたします。
- WEB参加のミーティングID等は、「参加票」にてお知らせいたします。
- 日医生涯教育制度の単位付与をご希望の方は、セミナー当日に医籍登録番号等のご確認をさせていただきます。

全国健康保険協会 福岡支部 企画総務グループ^o

FAX

092-477-7297

郵送先

〒812-8670 福岡市博多区博多駅東1-17-1 コネクトスクエア博多8階

お申込み
締め切り

令和7年11月25日(火)

注意事項

- ご記入いただきました情報は、本セミナー以外の目的には使用しません。なお、共催の福岡県薬務課と共有いたしますが、その他の第三者に無断で提供しません。
- お申込みは先着順で受け付けておりますので、定員になり次第締め切らせていただきます。
- セミナー当日の会場を撮影した写真について、肖像権に配慮のうえ、当支部の広報に使用させていただく場合がございます。予めご了承のうえ、お申込みください。