

一般社団法人佐賀県薬剤師会
禁煙サポート薬剤師認定支援制度 実施要領

平成 20 年 4 月 1 日 施 行
平成 30 年 4 月 1 日 一部改正

(目的)

第1条 一般社団法人佐賀県薬剤師会（以下「県薬」という。）は、「健康日本 21」施策において、社会的取り組みとして展開されている「禁煙支援」を受け、国民の健康の維持・増進に貢献するべき専門職として、薬剤師自身の知識や技術をさらに高めるとともに、禁煙推進や未成年への喫煙防止（防煙）、受動喫煙の害を減少させるための健康づくり（分煙）、また、禁煙希望者に対する禁煙支援等、社会の要請に応えることを目的とし、県薬認定「禁煙サポート薬剤師認定支援制度」を実施する。

(審査会の設置)

第2条 県薬に、禁煙サポート薬剤師の認定及び更新の適否を審査するため、禁煙サポート薬剤師認定支援審査会（以下「審査会」という。）を設置する。

- 2 審査会は、委員数名をもって組織する。
- 3 委員は、県薬会長（以下「会長」という。）が指名し、委嘱する。
- 4 審査会に、委員の互選により委員長、副委員長を置く。
- 5 委員の任期は、これに委嘱した会長の任期に準ずるものとする。

(認定対象の研修)

第3条 認定の対象となる研修は、年 1 回の集団研修会を実施する。ただし、正当な理由で研修会に参加できなかった場合は、審査会が認めた他の禁煙研修会又はレポート（400 字程度）提出で受講とみなす。

- 2 集合研修会は、県薬（学校・保健委員会）が主催する。

(研修会の内容)

第4条 研修の内容は、薬剤師が禁煙相談・支援に関する業務を遂行するために必要なものとする。

(禁煙サポート薬剤師の認定及び更新の基準)

第5条 新たに禁煙サポート薬剤師となるためには、第3条第1項に規定する研修を 1 年以内に受講しなければならない。

- 2 前項の認定は、5 年ごとにその更新を受けなければ、この期間の経過によってその効力を失う。
- 3 更新を受けようとする者は、第3条第1項に規定する研修を 3 回以上受講しなければならない。

(禁煙サポート薬剤師の認定手続き)

第6条 禁煙サポート薬剤師の認定を受けようとする者は、「禁煙サポート薬剤師認定申込書」（様式 1 号）を会長に提出しなければならない。

- 2 会長は、前項の規定に基づき申込書の提出があった場合は審査会に図り、審査で適合と認めた場合は、「禁煙サポート薬剤師」として認定する。
- 3 会長は、認定したものを、「県薬認定禁煙サポート薬剤師名簿」に登録し、「禁煙サポート薬剤師認定証」（様式2号）を交付する。

（禁煙サポート薬剤師の更新手続き）

第7条 第5条第2項の規定に基づき禁煙サポート薬剤師の認定を更新しようとする者は、「禁煙サポート薬剤師認定更新申込書」（様式3号）を会長に提出しなければならない。

- 2 会長は、前項の規定に基づき申込書の提出があった場合は審査会に図り、審査で適合と認めたときは、「禁煙サポート薬剤師認定証」を交付する。

（禁煙サポート薬剤師の異動手続き）

第8条 禁煙サポート薬剤師は、勤務先等の異動があった場合には、「禁煙サポート薬剤師異動届」（様式4号）を提出するものとする。

（禁煙サポート薬剤師認定証の再交付手続き）

第9条 禁煙サポート薬剤師は、認定証に変更・破損等があった場合は、「禁煙サポート薬剤師認定証再交付申込書」（様式5号）に認定証を添付して会長に提出するものとする。

- 2 会長は、前項に規定する申込書により、再交付する。

（禁煙指導）

第10条 禁煙指導に当たっては、本会認定「禁煙サポート薬剤師認定証」（様式2号）を敷地内に掲示し、「禁煙サポート薬剤師認定バッヂ」を着用のうえ、禁煙指導をすること。

（禁煙指導の敷地）

第11条 禁煙指導に当たっては、次の項目を満たすこと。

- (1) 敷地内禁煙であること。
- (2) タバコを販売していないこと。

（各種手数料）

第12条 研修会の受講又は認定証の交付、認定証の更新若しくは認定証の再交付を受けようとする者は、次の手数料を納入するものとする。

- (1) 研修会受講料
会員 無料 非会員 3,000円
- (2) 認定証発行手数料（バッヂ付）
会員 無料 非会員 3,000円
- (3) 更新認定証発行手数料（5年ごと）

会員 無料 非会員 3,000 円

(4) 再交付認定証発行手数料

会員 500 円 非会員 1,000 円

(雑則)

第 13 条 この実施要領の改廃は、三役会の議を経て決定する。

(附則)

この要領は、平成 20 年 4 月 1 日から施行する。

この要領は、平成 30 年 4 月 1 日から施行する。

2. 平成 30 年度に限り、第 5 条第 1 項に規定する研修会受講については、過去 3 年以内に 1 回以上、また同条第 3 項に規定する研修会は免除する。

(様式 1 号)

一般社団法人 佐賀県薬剤師会

禁煙サポート薬剤師認定申込書

一般社団法人 佐賀県薬剤師会会長 様

一般社団法人佐賀県薬剤師会が実施する禁煙サポート薬剤師養成研修課程を等を修了いたしましたので、禁煙サポート薬剤師認定を申し込みます。

申込日 平成 年 月 日

氏 名		印
認定対象研修		集団研修 他の研修 () レポート
勤 務 先		
連絡先	住 所	
	電話番号	
	FAX 番号	
	E-mail	
佐賀県薬剤師会 ホームページへの掲載	必 要	不 要
		*どちらかに○

*ホームページには、氏名・勤務先名・勤務先（住所・電話番号）を掲載いたします。

ここからは佐賀県薬剤師会事務局が記載します。

受付年月日	受付番号
平成 年 月 日	認

(様式2号)

佐薬禁煙サポート 第 号

一般社団法人 佐賀県薬剤師会
禁煙サポート薬剤師認定証

様

あなたは、所定の研修を修了されましたので、一般社団法人
佐賀県薬剤師会禁煙サポート薬剤師に認定いたします

認定期間 平成 年 月 日 から

平成 年 月 日 まで

平成 年 月 日

一般社団法人 佐賀県薬剤師会
会長

(様式3号)

一般社団法人 佐賀県薬剤師会
禁煙サポート薬剤師認定証更新申込書

一般社団法人 佐賀県薬剤師会会長 様

一般社団法人佐賀県薬剤師会禁煙サポート薬剤師認定証の更新を申し込みます。

申込日 平成 年 月 日

氏 名	印		
禁煙サポート薬剤師番号	佐薬禁煙サポート 第 号		
勤 務 先			
佐賀県薬剤師会 ホームページへの掲載	必 要	不 要	*どちらかに○

*ホームページには、氏名・勤務先名・勤務先（住所・電話番号）を掲載いたします。

ここからは佐賀県薬剤師会事務局が記載します。

受付年月日	受付番号
平成 年 月 日	更

(様式 4 号)

一般社団法人 佐賀県薬剤師会

禁煙サポート薬剤師異動届

一般社団法人 佐賀県薬剤師会会长様

一般社団法人佐賀県薬剤師会禁煙サポート薬剤師の異動届を提出いたします。

申込日 平成 年 月 日

氏 名		印
禁煙サポート認定番号		佐薬禁煙サポート 第 号
新 勤 务 先		
新連絡先	住 所	
	電話番号	
	FAX 番号	
	E-mail	
佐賀県薬剤師会 ホームページへの掲載	必 要	不 要
	*どちらかに○	

*ホームページには、氏名・勤務先名・勤務先（住所・電話番号）を掲載いたします。

ここからは佐賀県薬剤師会事務局が記載します。

受付年月日	受付番号
平成 年 月 日	異

(様式5号)

一般社団法人 佐賀県薬剤師会

禁煙サポート薬剤師認定証再交付申込書

一般社団法人 佐賀県薬剤師会会長 様

一般社団法人佐賀県薬剤師会禁煙サポート薬剤師認定の再交付を申し込みます。

申込日 平成 年 月 日

氏 名	印
禁煙サポート薬剤師番号	佐薬禁煙サポート 第 号
勤務先	
再交付内容	認定証 缶バッチ *どちらかに○
再交付理由	

ここからは佐賀県薬剤師会事務局が記載します。

受付年月日	受付番号
平成 年 月 日	再