

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

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。予めご了承ください。