

記入例

実習施設の概要 (薬局)

返信日を記入

記入日 年 月 日

施設コード	エリア名：		都県名：	
施設名	旧施設名等：		旧エリア等：	
所在地	〒			駐車場利用 可・不可
最寄り駅	<p>日本薬剤師研修センターに登録されている(認定実務実習指導薬剤師)の人数。 注1)常勤の数をご記入ください。非常勤の記載は必要ありません。 注2)認定指導薬剤師数は、下記「指導薬剤師リスト」に記載いただく人数です。</p>			
E-Mail				
TEL	薬剤師数		認定指導薬剤師数	
	・常勤 名 ・非常勤 名		・常勤 名	
実習窓口責任者名	管理者名：		開設者名：	
代表的疾患の薬剤	高血圧	糖尿病	心疾患	脳血管障害
	<p>代表的疾患に用いられる薬剤を使用する患者の薬学的管理(情報収集・提供、処方解析、効果・副作用のモニタリング等)の参加・体験実習可：○、不可：×</p>			精神神経疾患
				免疫・アレルギー疾患
				感染症
参加・体験できない実習内容	<p>学校薬剤師・無菌調剤できない項目は協力薬局にて対応(◎◎薬局)</p>			全薬剤師の実務実習への積極的な参加[有無]
	<p>該当項目に☑記入してください。それ以外は他にご記載ください。</p>			○
実施業務内容[有無]	1.かかりつけ薬剤師・薬局の機能	2.在宅医療業務実施	3.学校薬剤師業務実施	4.地域活動
	○	○	×	○
				5.備考：
				□災害医療 □認知症サポート □地域健康フェア □他:記載()
障害のある学生の受入[可否]	車イス	聴覚障害者	聴覚障害者※手話のみによる対応	
	×	○	<p>実習生が車イスを使用できる施設は「○」 聴覚障害の実習生に対応できる施設は「○」</p>	
<p>認定指導薬剤師リスト▼ ※認定指導薬剤師リストは“常勤”のみご記入ください。</p>				
	登録 No.	氏名	実務経験年数	備考
1 (指導薬剤師責任者)	12345678	○○ ○○	○○ 年	
2			年	
3			年	
4			年	
5			年	
<p>認定実務実習指導薬剤師“認定番号”をご記入ください。</p>				
<p>2023(令和5)年受入人数 ※2023(令和5)年の学生受入可能人数をご記入ください。</p>				
実習期	I期	II期	III期	IV期※薬局実習なし
受入人数				○ 人