

実習施設の概要（薬局）

記入日 2020年 月 日

施設コード		エリア名		地域薬剤師会名						
施設名	法人名称：			旧エリア等：						
	〒									
所在地										
最寄り駅										
TEL/FAX	/									
Eメールアドレス			実習窓口責任者	薬剤師数	・常勤名 ・非常勤名					
開設者名			管理者名							
開局時間	平日：		開局日 [○ ×]							
	土曜：		月	火	水	木	金	土	日	祝
	日曜： / 祝日：									
代表的疾患の実習 [○ ×]	がん	高血圧	糖尿病	心疾患	脳血管障害	精神神経疾患	免疫・アレルギー疾患	感染症		
					障害のある学生の受入 [○ ×]		全薬剤師の実務実習への積極的参加 [○ ×]			
参加・体験できない実習内容					車イス	聴覚障害者				
実施業務内容 [○ ×]	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						
				災害医療	認知症サポート	地域健康フェア	その他（記載）			
	5. 備考									

施設アピール（特徴）記入欄（80文字以内で）：

認定指導薬剤師リスト▼	認定指導薬剤師数	常勤	名	注)認定指導薬剤師リストには‘常勤’の方のみ記入してください。
	登録 No.	氏名		実務経験年数 ※記入時点
1 (責任者)				年
2				年
3				年
4				年
				備考

※2021年薬学生入人数を記入してください。

期	I期 [2.22 (火) ~5.9 (日)]	II期 [5.24 (月) ~8.8 (日)]	III期 [8.23 (月) ~11.7 (日)]	IV期 [薬局実習なし]
受入人数	人	人	人	人

※人数を記入した期は、必ず薬学生の受入態勢を整えてください。(原則、受入決定後の受入辞退はご遠慮ください)