実習施設の概要（薬局）

施設コード		エリア名		地域薬剤師会名：	
施　設　名					
	旧施設名等：		旧エリア等：		
所　在　地	〒		T　E　L		
実習窓口 責任者氏名			最寄り駅		
管理者氏名			薬剤師数	常勤　名 ／　非常勤　名	
開設者氏名			備　　考		

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
参加・体験できない実習内容	無菌調剤				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［○×］	車利用可
					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メールアドレス(必須)						

その他	

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.(必須)	氏　名(必須)	実務経験年数(必須) ※記入時点	認定期間終了日・備考(必須)
1（責任者）			年	
2			年	
3			年	
4			年	

※2027 年度：学生受入人数を記入してください。

期	Ⅰ期［2.15（月）～5.2（日）］	Ⅱ期［5.17（月）～8.1（日）］	Ⅲ期［8.16（月）～10.31（日）］	Ⅳ期［薬局実習なし］
受入人数	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）
※Ⅰ期、Ⅱ期、Ⅲ期とも受入人数が 0 の場合は提出は不要です。
※昨年度からの変更点や追記がございましたら、赤字でご記入ください。
※指導薬剤師情報（指導薬剤師登録 No、氏名、実務経験年数、認定機関終了日）及び、施設メールアドレスは必須項目になりましたので、漏れのないようにご記入ください。