実習施設の概要（薬局）

施設コード	00-0000-000	エリア名	○○○○	地域薬剤師会名：	○○○○
施設名	○○薬局■■店				
	旧施設名等：株式会社○○○○		旧エリア等：○○○○		
所在地	〒○○○-○○○○ 埼玉県　所在地-1（番地まで）　所在地-2（ビル名等）		TEL	048-827-0060	
実習窓口責任者氏名	埼玉　太郎		最寄り駅	最寄駅●●線□□駅より、バス停「△△」下車、徒歩○○分	
管理者氏名	埼玉　花子		薬剤師数	常勤　2 名　／　非常勤　1 名	
開設者氏名	埼玉　太郎		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	学校薬剤師	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)
spa@saiyaku.or.jp

その他	・健康サポート薬局。 ・在宅実施50件。 ・服薬後のフォロー実践中。

認定指導薬剤師リスト▼	認定指導薬剤師数	常勤　2 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）	12345678	埼玉　太郎	20 年	2027 年 1 月 1 日
2	87654321	埼玉　花子	15 年	2027 年 2 月 1 日
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	2 人	1 人	0 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。