

平成 年 月 日

6年制受入薬局登録用紙（新規）

*報告者氏名： _____

*エリア(地域薬剤師会)名： _____ 地域薬剤師会

*薬局(店舗)名称： _____

*所在地： 〒 _____

*TEL / FAX： _____ / _____

E-mail address： _____

*法人名称： _____

*開設者名： _____

*保険薬局コード： _____ (保険請求時の7桁のコード番号です)

*指導薬剤師名： _____

(複数いる場合は全てご記入ください)

*指導薬剤師番号： _____

*開局時間： _____

*定休日： _____

*交通に関する情報： _____

(例 最寄り駅●●線□□駅より○○系統●●行で□分、バス亭「△△」下車、徒歩○分)

*身体障害者受入対応状況 (どちらかに○を付けてください) :

_____ 車イス 可 ・ 不可 / 聴覚障害 可 ・ 不可

薬局実習の受入可能数 (平成 年度)

実習期	I期	II期	III期	合計
受入可能人数	名	名	名	名

※各期に受入れられる学生数は、認定実務実習指導薬剤師数に関わらず、2名までとなります。

※「実習施設の概要」を必ずご記入ください。

※「6年制受入薬局登録用紙（新規）」と「実習施設の概要」は必ず各所属のエリア担当者へ御提出ください。