

# 実習施設の概要（薬局）の記入例

新規の場合は、施設コードがないのでエリアコードをご記入ください。

施設（エリア）コード：

病院・薬局実務実習関東地区調整機構

## 実習施設の概要（薬局）

記入日 H 年 月

薬局の名称	○△薬局		
位置（所在地）	〒 東京都渋谷区渋谷○-○-○ 最寄駅 保険薬局コード：		
	TEL - -		
	開設者が法人等の場合は代表者も併せて記入する		
開設者	（株）○□△△ 代表取締役 関東 太郎		
管理者	△田△夫		
保険薬局指定の有無	有		
薬剤師数	8名		
実習指導者（指導薬剤師）	氏名	実務経験年数	指導に係る研修歴
	△田△夫	15年	平成△△年△月、日本薬剤師研修センター認定実務実習指導薬剤師証第09200321号
	○○○○	10年	都薬主催平成20年度認定指導薬剤師養成講習会（イ、ウ）、21年度（オ）修了。ア、エ免除 平成24年9月第13回認定実務実習指導薬剤師養成ワークショップ（茨城）受講予定
	過去1年間の処方せん取扱い患者数を元に、1ヶ月の平均を記入する。		
処方せん取扱い患者数	1,200枚		
一般用医薬品取扱い状況	有り		
実務実習モデル・コアカリキュラム到達目標	(1)	<input checked="" type="checkbox"/> 全て	<input type="checkbox"/> 一部不可 ( ) <input type="checkbox"/> 全て不可
	(2)	<input checked="" type="checkbox"/> 全て	<input type="checkbox"/> 一部不可 ( ) <input type="checkbox"/> 全て不可
一部不可の場合の対処方法	(3)	<input checked="" type="checkbox"/> 全て	<input type="checkbox"/> 一部不可 ( ) <input type="checkbox"/> 全て不可
	(4)	<input checked="" type="checkbox"/> 全て	<input type="checkbox"/> 一部不可 ( ) <input type="checkbox"/> 全て不可
	(5)	<input checked="" type="checkbox"/> 全て	<input type="checkbox"/> 一部不可 ( ) <input type="checkbox"/> 全て不可
	(6)	<input checked="" type="checkbox"/> 全て	<input type="checkbox"/> 一部不可 ( ) <input type="checkbox"/> 全て不可

認定実務実習指導薬剤師証（申請済みの場合）の実習指導番号（第0000000号／8桁）を記入。25年度中に受講予定の場合はその旨を記入する。

取り扱いがけない場合は、一部不可の対処方法欄に記入：例）協力薬局にて対応

当該薬局以外を利用した場合等においても、到達目標は当該薬局が全てに対応できるものとして全てにチェックすることで差し支えない。