

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 日

薬局の名称（施設証の名称）			
位置（所在地）	〒 _____ Tel _____ - _____ - _____ 最寄駅： 保険薬局コード：_____		
開設者			
管理者			
保険薬局指定の有無			
薬剤師数			
実習指導者（指導薬剤師） ※日本薬剤師研修センター HP「指導薬剤師名簿」登録 番号	氏名	実務経験年数	実習指導に係る研修歴（登録番号）
処方せん取扱い患者数（月平均）			
一般用医薬品取扱い状況			
実務実習モデル・コアカリキュラム到達目標	(1) <input type="checkbox"/> 全て <input type="checkbox"/> 一部不可 () <input type="checkbox"/> 全て不可 (2) <input type="checkbox"/> 全て <input type="checkbox"/> 一部不可 () <input type="checkbox"/> 全て不可 (3) <input type="checkbox"/> 全て <input type="checkbox"/> 一部不可 () <input type="checkbox"/> 全て不可 (4) <input type="checkbox"/> 全て <input type="checkbox"/> 一部不可 () <input type="checkbox"/> 全て不可 (5) <input type="checkbox"/> 全て <input type="checkbox"/> 一部不可 () <input type="checkbox"/> 全て不可 (6) <input 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			

※一般用医薬品取扱いがない場合は、協力薬局にて対応。等の対処法をご記入ください。

※施設概要書を出していない施設は必ず提出して下さい。