

実習施設の概要（薬局）記入例

記入日 平成 年 月 日

エリア名 (地域薬剤師会名)	さいたま市 薬剤師会		県名： 埼玉県						
施設名	〇〇薬局●●店								
	法人名称：	(株)〇〇〇〇	旧施設名等：	△△薬局					
所在地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇								
	埼玉県	所在地-1 (番地まで)	所在地-2 (ビル名等)						
交通に関する情報	例) 最寄駅●●線□□駅より、バス亭「△△」下車、徒歩〇〇分								
TEL/FAX	048-827-0060								
Eメールアドレス	spa@saiyaku.or.jp								
実習窓口 責任者名	埼玉 太郎		薬剤師数 ・常勤 2名 ・非常勤 1名	認定指導 薬剤師数 ・常勤 2名					
管理者名	埼玉 花子								
開設者名	埼玉 太郎								
開局時間	平日： 9:00~18:00		土曜：9:00~12:00	日・祝日：日曜 9:00~12:00					
定休日 (該当項目に○して下さい)	月	火	水	木	金	土	日	祝日	
代表的疾患の 実習 可「○」、否「×」	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、無菌調剤実習						全薬剤師の実務実習 への積極的な参加 有「○」、無「×」		
実施業務内容 有「○」、無「×」	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 (該当項目の □ を塗りつぶして「■」として下さい) □災害医療 ■認知症サポート □地域健康フェア □他記載(5.備考：例)学校薬剤師は 他協力薬局(〇〇薬局△△ 店)にて対応		
	○	○	○	○					
障害のある学 生の受入 可「○」、否「×」	車イス		聴覚障害者		その他：例)聴覚障害者手話のみによる対応				
	×		○						
認定指導薬剤師リスト▼									
	認定登録 No.	氏名	実務経験年数 ※記入時点	備考					
1 (指導薬剤師責任者名)	12345678	埼玉 太郎	15年						
2	87654321	埼玉 花子	10年						
3			年						
4			年						
5			年						

薬局実習の受入可能数（平成31年度）

期	I期	II期	III期	IV期※薬局実習なし
受入れ人数	1人	2人	0人	

※各期に受け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、最大2名までとなります。