|  |  |
| --- | --- |
| **実習施設の概要（薬局）**

|  |
| --- |
|  |

 |
| 　 | 記入日　平成　　　年　　月　　日　　　　 |
| エリア名(地域薬剤師会名) | 地域薬剤師会 | 県名： | 埼玉県 |
| 施設名 |  |
| 法人名称： | 旧施設名等： |
| 所在地 | 〒 |
|  |
| 交通に関する情報 | 例）最寄駅●●線□□駅より、バス亭「△△」下車、徒歩○○分 |
| 　 |
| ＴＥＬ／ＦＡＸ |  | ／ |  |
| Ｅメールアドレス |  |
| 実習窓口責任者名 |  | 薬剤師数 | ･常勤　　　名･非常勤 　名 | 認定指導薬剤師数 | ･常勤　　　名 |
| 管理者名 |  |
| 開設者名 |  |
| 開局時間 | 平日： | 土曜： | 日・祝日： |
| 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 | 　 | 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) | 5.備考： |
| □災害医療　　　　□認知症サポート□地域健康フェア　□他:記載(　　　　　 　　) |
|  |  |  |  |
| 障害のある学生の受入可「○」否「×」 | 車イス | 聴覚障害者 | その他： |
|  |  |
| **認定指導薬剤師リスト▼** | 　 |
| 　 | 認定登録　№ | 氏　名 | 実務経験年数※記入時点 | 備　　考 |
| 1（指導薬剤師責任者名） |  |  | 年　 | 　 |
| 2 |  |  | 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 | 　人 | 　人 | 　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。 |  |