

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、徒歩〇〇分								
TEL/FAX	/								
Eメールアドレス									
実習窓口 責任者名			・常勤 名	認定指導					
管理者名			薬剤師数	・常勤 名					
開設者名			・非常勤 名	薬剤師数					
開局時間	平日：		土曜：	日・祝日：					
定休日 (該当項目に〇して下さい)	月	火	水	木	金	土	日	祝日	
代表的疾患の実習 可「〇」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「〇」無「×」		
実施業務内容 有「〇」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：		
障害のある学生の 受入 可「〇」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 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)				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。