

# 実習施設の概要（薬局）【記入例】

記入日 年 月 日

施設コード	00-0000-000	エリア名	0000	地域薬剤師会名	0000					
施設名	〇〇薬局■■■店									
	法人名称：株式会社〇〇〇〇			旧エリア等：〇〇〇〇						
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)							
最寄り駅	最寄駅●●線〇〇駅より、バス停「△△」下車、徒歩〇〇分									
TEL/FAX	048-827-0060 / 048-8270063		実習窓口 責任者	埼玉 太郎	薬剤師数 ・常勤 2名 ・非常勤 1名					
Eメールアドレス	spa@saiyaku.or.jp									
開設者名	埼玉 太郎		管理者名	埼玉 花子						
開局時間	平日：9:00～19:00(月火金) 9:00～17:00(水)		開局日 [○ ×]							
	土曜：9:00～12:00		月	火	水	木	金	土	日	祝
	日・祝：9:00～12:00(日のみ)		○	○	○	×	○	○	○	×
代表的疾患の実習 [○ ×]	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				障害のある学生の受入 [○ ×]		全薬剤師の実務実習への積極的参加 [○ ×]			
	車イス		聴覚障害者		×	○	○			
実施業務内容 [○ ×]	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						
	○	○	×	災害医療	認知症サポート	地域健康フェア	その他(記載)			
5. 備考 学校薬剤師業務は他協力店舗(〇〇薬局△△店)にて対応										

施設アピール(特徴)記入欄：  
 ・健康サポート薬局。  
 ・在宅実施50件。  
 ・服薬後のフォロー実践中。

認定指導薬剤師リスト▼	認定指導薬剤師数	常勤	名	注)認定指導薬剤師リストには‘常勤’の方のみ記入してください。	
登録 No.	氏名	実務経験年数 ※記入時点	備考		
1(責任者)	12345678	埼玉 太郎	20年		
2	87654321	埼玉 花子	15年		
3			年		
4			年		

※2020年薬学生入人数を記入してください。

期	I期 [2.25(月)～5.10(日)]	II期 [5.25(月)～8.9(日)]	III期 [8.24(月)～11.8(日)]	IV期 [薬局実習なし]
受入人数	2人	1人	0人	

※2019年4月1日以降に施設概要書を提出する場合は、受入人数記入欄を所属エリア長とご相談してください。