実習施設の概要（薬局）

記入日　　年　月　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設コード | 　　 | エリア名 |  | 地域薬剤師会名 |  |
| 施設名 |  |
| 法人名称： 　　 　　　　　　　  | 旧エリア等： |
| 所在地 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 最寄り駅 |  |
| ＴＥＬ/ＦＡＸ | 　　／　　 | 実習窓口責任者 |  | 薬剤師数 | ・常　勤　　名　・非常勤　　名 |
| Eﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |
| 開設者名 |  | 管理者名 |  |
| 開局時間 | 平日：  | 開局日［○　×］ |
| 土曜：  | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 祝 |
| 日・祝：  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |  | 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 |

|  |
| --- |
| 施設アピール（特徴）記入欄： |

**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。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 認定指導薬剤師リスト▼ | 認定指導薬剤師数 | 常勤　　　　　　名 |
|  | 登録　No｡ | 氏　名 | 実務経験年数※記入時点 | 備考 |
| １（責任者） |  |  | 年 |  |
| ２ |  |  | 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 | 人 | 人 | 人 |  |