

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	/									
Eメールアドレス			実習窓口 責任者	薬剤師数	・常勤名 ・非常勤名					
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		
					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 [○ ×]			
参加・体験できない実習内容					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：

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	

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。

※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	人