

# 実習施設の概要（薬局）の記入例

## 実習施設の概要(薬局)

返信日を記入

〇〇年 〇月 〇日

施設コード	13-A013-000		エリア名：渋谷区（JPA）		都県名：東京都			
施設名	〇〇薬局〇〇店							
	旧施設名等：		日本薬剤師研修センターに登録されている（認定実務実習指導薬剤師）の人数。 注1）常勤の数をお書き下さい。非常勤の記載は必要ありません。 注2）認定指導薬剤師数は指導薬剤師リストに記載頂いた人数となります。 リストへお名前を必ずご記入下さい。					
所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇		都県名		所在地-1（番地まで）			
					所在地-2（ビル名等）			
TEL	03-3797-3035		薬剤師数	常勤名	認定指導	常勤名		
				非常勤名	薬剤師数			
実習窓口責任者名	蒔家 八耕		管理者名：志部谷 妃刈恵	開設者	日本薬剤師研修センター登録番号（認定実務実習指導薬剤師ID）を記入。年度内に受講予定の場合はその旨を記入する。			
認定指導薬剤師責任者名	志部谷 妃刈恵		（認定No. 12345678					
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
[可否]	○	○	○	○	×	×	×	○
参加・体験できない実習内容	学校薬剤師業務等 代表的疾患に用いられる薬剤を使用する患者の薬学的管理（情報収集・提供、処方解析、効果・副作用のモニタリング等）の参加・体験実習 回答：可「1」						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	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			5.備考：学校薬剤師は他協力薬局（〇〇薬局〇〇店）にて対応	
				<input type="checkbox"/> 災害医療 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症サポート <input type="checkbox"/> 地域健康フェア <input type="checkbox"/> 他記載（ ）				
[有無]	○	○	○	○				
障害のある学生の受入	車イス		聴覚障害者		その他：聴覚障害者手話のみによる対応			
	×		○					
[可否]					災害医療等の項目にチェックする。それ以外は、他に記載する。			

実習生が車イスを使用できる施設は「○」  
聴覚障害のある実習生に対応できる施設は「○」