

実習施設の概要（薬局）記入例

返信日を記入

記入日： 2000 年 〇 月 〇 日

施設コード	13-A013-000	エリア名： 13-A13J：渋谷区(JPA)	都県名： 13東京都
施設名	〇〇薬局〇〇店		
	旧施設名等：旧エリア等：		
所在地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇		車通勤[可否] [〇・×]
	渋谷区渋谷〇〇-〇〇〇 〇〇〇ビル-OF		
TEL	〇〇-〇〇〇-〇〇〇	最寄り駅： 〇〇線〇〇駅 徒歩〇分	
E-mail	〇〇〇〇〇@〇〇〇〇〇.〇〇〇		
実習窓口責任者名			薬剤師数
管理者名	薬学教育協議会に登録されている認定実務実習指導薬剤師の人数。 注1) 常勤の数をお書きください。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下記の指導薬剤師リストに記載頂いた人数になります。		・常 勤 名
開設者名			認定指導薬剤師数
		・非常勤 名	
		・常 勤 名	

代表的疾患の実習[可否] [〇・×]	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	
	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「〇」								
参加・体験できない実習内容	実習生が車イスを使用できる施設は「〇」 聴覚障害のある実習生に対応できる施設は「〇」				障害のある学生の受入 [可否] [〇・×]	全薬剤師の実務実習への積極的な参加の有無			
					車イス	聴覚障害者			
実施業務内容 [有無] [〇・×]	1.かかりつけ薬剤師・薬局の機能	2.在宅医療業務	3.学校薬剤師業務	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：地域活動		
	5.備考								
薬局のアピール等を記入。表記されるのは全角で80文字まで(記載は可能ですが、80文字以上を超えると表記されません)。									
コメント (アピール等)									

認定指導薬剤師リスト▼				注) 〔常勤〕のみ、10名以上の場合は別紙(認定指導薬剤師リスト)にご記入ください。	
	登録 No.	氏 名	実務経験年数	認定期限※必ずご記入ください。	備 考
1 (責任者)			年		
2			年		
3					
4					
5			年		
6			年		
7			年		
8			年		
9			年		
10			年		

実習期	I 期	II 期	III 期	IV 期 [薬局実習なし]
受入れ人数				〇