

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

2020 (令和2) 年 月 日

施設コード	13-A013-000	エリア名:	13-A13: 渋谷区	都県名:	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	〒 000-0000 住所1 (都県名～番地まで) 住所2 (ビル名)				
TEL	03-3797-3035	最寄り駅:			
実習窓口責任者名	蒔家 八耕			薬剤師数	常勤 名
管理者名	志部谷 妃刈恵				非常勤 名
開設者名	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になります。 リストへお名前を必ずご記入下さい。			認定指導薬剤師数	常勤 名

代表的疾患の実習[可否] [○ ×]	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「○」								
参加・体験できない実習内容	学校薬剤師・無菌調剤 できない項目は協力薬局にて対応(◎◎薬局)					障害のある学生の受入 [可否] [○ ×]	全薬剤師の実務実習への積極的な参加[有無]	
	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「○」					車イス	聴覚障害者	
						×	○	○
実施業務内容 [有無] [○ ×]	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	他記載	
	○	○	×	○	×	×		
5.備考 ・できない項目は協力薬局にて対応(◎◎薬局) ・聴覚障害者※手話のみによる対応								

その他	① 宿泊施設「有:¥1000/日」: 関連会社 ② ◎◎あり 薬局のアピール等があれば記入。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)
-----	--

認定指導薬剤師リスト▼

注) 認定指導薬剤師リストは“常勤”のみ記入してください。

	登録 No.	氏 名	実務経験年数	備 考
1 (責任者)			年	
2			年	
3				
4				
5	1234567	〇〇 〇〇		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証)を記入。年度内に受講予定の場合はその旨を記入する。

2021 (令和3) 年学生受入数をご記入ください。

期	I 期[2.22 (月)～ 5.9 (日)]	II 期[5.24. (月)～ 8.8. (日)]	III 期[8.23 (月)～ 11.7 (日)]	IV 期[薬局実習なし]
受入れ人数	2	2	0	0 人