

## 薬学生実務実習受入薬局の概要

本書の項目を「薬学生実務実習受入薬局 登録」フォームから入力ください。

薬局名				地域薬剤師会名			
〒							
所在地							
TEL			最寄り駅				
実習窓口責任者名				常勤薬剤師数			
管理薬剤師名				非常勤薬剤師数			
開設者				常勤認定指導薬剤師数			

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
参加体験できない実習内容					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の有無 (○・×)	
					車イス使用	聴覚障害		

実施業務内容の有無 (○・×)	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	その他(記載)
	5. 備考						

自薬局のアピール (80字以内)							
---------------------	--	--	--	--	--	--	--

▼ 店舗に勤務する認定指導薬剤師、全員を入力してください。

	認定指導薬剤師登録番号(8桁)	氏名	実務経験年数	備考
1 (責任者)				
2				
3				
4				
5				

▼ 2024年度(令和6年度)の各実習期に受け入れ可能な学生の人数を記載してください。

期	Ⅰ期 (2月19日～5月5日)	Ⅱ期 (5月20日～8月4日)	Ⅲ期 (8月19日～11月3日)
受入れ人数			

登録フォームから2月28日(火)までにご入力ください。