

## 認定実務実習指導薬剤師養成ワークショップ参加待機申込書

会員番号		ふりがな	
		参加希望者 氏名	
性別	男 ・ 女	生年月日	(西暦) 年 月 日
出身大学	大学	<input type="checkbox"/> 6年制卒業の場合は✓を付けてください。	
薬剤師としての 実務経験	年	現勤務先での 勤務年数	年
受講資格の確認	<input type="checkbox"/> 実務経験 <input type="checkbox"/> 勤務状況 <input type="checkbox"/> 勤務先の望ましい条件 ※受講資格を満たしていることを確認の上、✓を付けてください。		
自宅住所	(〒 )		
勤務先名称			
上記勤務先に認定実務実習指導薬剤師は ( 在籍している ・ 在籍していない ) ※在籍している場合、新たな指導薬剤師が必要な理由： (例：指導薬剤師が異動・退職予定 等)			
勤務先所在地	(〒 )		
勤務先電話番号		携帯電話番号/ 当日緊急連絡先	
メールアドレス		参加に関する 通知の送付先	自宅 ・ 勤務先
受講済講習会	未受講 ・ 講座① ・ 講座② ・ 講座③ (受講日： 年 月 日)		

### 薬局開設者記入欄

※ アンダーライン部分に上記に記載した薬局名を記載するとともに、法人名、代表者名を記載し公印を押してください。

<h3 style="margin: 0;">誓約書</h3> <p style="margin: 10px 0;">                 _____ においては、上記の者を指導薬剤師とし、薬学生の実務実習を受け入れる体制を整え、毎年実施される受け入れ施設申請を行うことについて努力いたします。             </p> <p style="margin: 10px 0;">                 法人名                  代表者名             </p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px 5px;">印</span> </div>
---

締め切り 令和5年4月24日 (月)  
 送信先FAX番号 029-306-8040