

【要返信】

薬学生実務実習受入薬局概要確認書

()

▼ 記載内容に誤りがあるときは、ご訂正ください。

薬局名			施設コード	
〒			車通学の学生の駐車場の有無 (○・×) (必須)	
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			認定指導薬剤師の有無 (○・×)	
実習窓口責任者のルビ* (必須)				

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 (○・×)		
					車いす使用	聴覚障害		

実施業務内容の有無 (○・×)	かかりつけ薬剤師・薬局の機能	在宅医療業務	学校薬剤師業務	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)	その他(記載)内容
	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、全員を記載してください。↓ (必須)

	氏名	認定指導薬剤師登録番号(8桁)	実務経験年数	認定期間終了日(日付を8桁で記入)
1(責任者)				
2				
3				
4				

▼ 2026年度(令和8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	第I期(2月16日~5月3日)	第II期(5月18日~8月2日)	第III期(8月17日~11月1日)
受入れ人数			

※4月4日(金)までに県薬宛ご返信ください。 FAX: 029-306-8040