

【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