

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			
〒							
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(○・×)			

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			

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。

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

▼ 2025年度(令和7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17日~5月4日)	第Ⅱ期(5月19日~8月3日)	第Ⅲ期(8月18日~11月2日)
受入れ人数			

※3月29日(金)までに県薬宛ご返信ください。 FAX: 029-306-8040