

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 (○・×)
実習窓口責任者のメールアドレス (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				

▼ 2027年度 (令和9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15日～5月2日)	第Ⅱ期 (5月17日～8月1日)	第Ⅲ期 (8月16日～10月31日)
受入れ人数			