

実習施設の概要(薬局)

年 月 日

施設 コード	エリア名：		都県名：					
施設名	旧施設名等： 旧エリア等：							
所在地	〒							
TEL	薬剤師数		常勤 名 非常勤 名	認定指導 薬剤師数 常勤 名				
実習窓口 責任者名	管理者名：		開設者名：					
認定指導 薬剤師 責任者名	(認定No.)							
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							全薬剤師の実務実習への 積極的な参加[有無]	
実施業務 内容 [有無]	1.かかりつけ 薬剤師・ 薬局の機能	2.在宅医療 業務実施	3.学校薬剤 師業務実施	4.地域活動 <input type="checkbox"/> 災害医療 <input type="checkbox"/> 認知症サポート <input type="checkbox"/> 地域健康フェア <input type="checkbox"/> 他記載()			5.備考：	
障害のあ る学生の 受入 [可否]	車イス		聴覚障害者		その他：			