

認定実務実習指導薬剤師養成のためのワークショップ参加希望申込票

調査票送信先：一般社団法人大阪府病院薬剤師会事務所

FAX：06-6484-5439

締切日：2021年10月15日（金）厳守

FAXする前に再度記入内容およびFAX番号をご確認願います。
（こちらからご連絡ができないことがあります）。

- 記入欄（記入漏れがありますと選考に影響する場合がありますので、再度ご確認ください）

【ご施設について】

支部名：第 _____ 支部、ご施設名： _____ 、本日現在の指導薬剤師数 _____ 名

TEL： _____ FAX： _____

- 以下当てはまるものすべてに☑または（ ）に記入してください

実習生を受け入れていたが、認定指導薬剤師が退職等の理由で不在のため受入できない状況である

その他、認定指導薬剤師の件で深刻な状況である

（状況を記載してください： _____
_____）

認定指導薬剤師が1名しかおらず、不測の事態に備え増員したい

その他（ _____ ）

所属施設においてWS（集会等）への参加許可が出ることが確認されている

実習生受入実績（当てはまるもの全て○で囲んでください）

（2021年度受入有・2020年度受入有・必ず今後受入を行う・受け入れの予定なし）

- 【WS参加希望者について】

お名前（ふりがな）： _____

薬剤師実務経験年数： _____ 年（薬剤師としての実務年数をすべて合算した年数）

連絡先（TEL）： _____ （メールアドレス）： _____

メールアドレスの_（アンダーバー）や0（ゼロ）やO（オー）などは、わかるように記載してください
メールで連絡しますので、記載が不明瞭な場合、連絡できません。

推薦者氏名（薬局長・薬剤部長・薬剤科長など）： _____

参加希望日（以下参加を希望する日の全てに☑を記入してください。ただし、当選は1つです）

2021年11月13日（土）・14日（日） リモート開催

2022年2月12日（土）・20日（日） 対面（兵庫医療大学）またはリモート開催

2022年3月12日（土）・13日（日） 対面（武庫川女子大学）またはリモート開催

- 【その他追記があれば下部空欄にお書き下さい】