

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

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

各日程の申込締切日を確認し、送信してください

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
がよくあります)

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。
再度確認願います）

●【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： _____

● 参加希望のWSの開催日時、開催場所を記入してください

WSの開催日時（ _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 日）

WSの開催場所（ _____ 大学）

1枚の申込票には1つのWSしか記入しないでください。

2つ以上申し込む場合は、2枚以上の申込票にご記入ください

● 以下当てはまるもの**すべてに**☑さらに（ _____ ）内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

● 所属施設の実習生受入実績（当てはまるもの**すべてに**☑をしてください）

実習生受入実績あり（「2023年度受入（予定）有」 「2022年度受入有」 「2021年度受入有」）

実習生受入実績なし（「受入を行う予定あり」 「受入の予定なし」）

●【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）： _____ （上記と同じメールアドレスを記載してください）

**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ができませんのでご理解ください。**

推薦者氏名（薬局長・薬剤部長・薬剤科長など）： _____

●【その他追記したいことがありましたら下部空欄にお書き下さい】