

認定実務実習指導薬剤師養成ワークショップ

参加申込書

氏名：_____

施設名：_____

連絡先（可否および事務連絡の可能な連絡先）

住所：_____

電話：_____

E-mail：_____

（令和元年6月28日 締め切り）

送り先：青森県病院薬剤師会事務局 石亀

〒031-8555 八戸市田向3丁目1-1

八戸市立市民病院薬局

Tel 0178-72-5142

E-mail aobyo@hospital.hachinohe.aomori.jp

応募要件

ご施設

ご氏名

(1)基本的素養

認定実務実習指導薬剤師は次の素養を有する者とする。

- 十分な実務経験を有し薬剤師としての本来の業務を日常的に行っている。
- 薬剤師を志す学生に対する実習指導に情熱を持っている。
- 常日頃から職能の向上に努めている。
- 実習の成果について適正な評価ができる。
- 認定取得後も継続的かつ日常的に薬剤師実務に従事する見込みがある。
- 実務実習生の受け入れ期間中、恒常的に指導することができる。

(2)応募要件

ア 実務経験

- 薬剤師実務経験^{※1}(病院又は薬局におけるもので、勤務時間数が1週間当たり3日以上かつ20時間以上の場合に限る。以下同じ。)が5年以上ある。

または、

- 6年制の薬学教育を受け、薬剤師実務経験^{※1}が3年以上あるので、事前に受講したい。

※1大学院在学中のアルバイト等は含みません。

イ 勤務状況

- 病院または薬局における薬剤師実務経験が受講申込みの時点において継続して3年以上である。
- 現在病院または薬局に勤務(勤務時間数が1週間当たり3日以上かつ20時間以上の場合に限る。)している。

(3)応募要件(以下の項目に該当することが望ましい。)

ウ (病院)

- 薬剤管理指導業務を実施し、院外処方せんの発行を推進している。
- 病棟薬剤業務実施加算の届出を行っている。
- (一社)日本病院薬剤師会賠償責任保険(施設契約)又はこれと同等の賠償責任保険に加入している。

(薬局)

- 薬学実務実習に関するガイドラインが求める地域保健、医療、福祉等に関する業務を積極的に行っている。
- 「健康サポート薬局」の基準と同等の体制を有している。
- 薬学教育モデル・コアカリキュラム(平成25年度改訂版)に示された「代表的な疾患(がん、高血圧症、糖尿病、心疾患、脳血管障害、精神神経疾患、免疫・アレルギー疾患及び感染症をいう)」に関する症例を実習できる体制を整備している。
- 薬剤師賠償責任保険に加入している。

エ 生涯学習システムに参加又は認定を取得していることが望ましい。