

## 認定実務実習指導薬剤師養成研修(講習会・ワークショップ) 参加申込書

認定実務実習指導薬剤師認定制度実施要領を満たさずに参加された場合、  
認定申請をされても認定不可となります。必ず認定要領をご一読ください。

●今回申し込みされる研修に☒チェックしてください●

☐講習会      ☐薬学教育者ワークショップ

※既に受講している研修がある場合は☒チェックしてください。

☐講習会(受講日: 年 月 日)      ☐薬学教育者ワークショップ(修了日: 年 月 日)

認定実務実習指導薬剤師になるには、基本的素養(1)を有し、また実務経験及び勤務状況等について  
所定の要件(2)を満たすことが求められています。

下記要件を満たしていることをご確認のうえ、☒チェックしてください。

### (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

認定実務実習指導薬剤師養成研修(講習会・ワークショップ)に参加するにあたり、  
アおよびイの要件を満たしていなければならない。

#### ア 実務経験

☐ 薬剤師実務経験<sup>※1</sup>(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  
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<sup>※1</sup>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。

また、「薬剤師名簿登録日」又は「入社日」のうちのいずれか遅い日からとします

#### 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時点において継続して3年以上である。

注意1) 受講申し込み時点、今回は令和8年6月ですので、遡って3年間以上最低でも令和5年6月から  
継続して3年以上勤務している必要があります。受講する時点において継続して3年以上であることは  
過去のいずれかで継続して3年以上の薬剤師経験があればよいという意味ではありません。

注意2) どのような理由であっても実務から離れた場合は、「継続している」とはみなされません。

⇒女性の産前産後休業、育児休業、男性の育児休業、また、病気療養や介護、海外留学や転職活動、  
薬局の開設準備の他、申請者自身の意向によらない理由(家族の転勤や介護、会社の意向による本社  
勤務等)などの理由は問わず「継続しているか」が要件です。

講習会に参加する場合でも同じです。

☐ 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

ウ 本WS参加に関して開設者(代表者)の許可を得ている。

☐有    ☐無

(3) 以下の項目に該当することが望ましい。

応募する薬剤師は以下のような施設に所属していることが望ましい。

(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。

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。

☐ 参加又は認定を取得している。(名称:

)

○ 表面をチェックのうえお申込みください。

○ 講習会とワークショップに参加されましたら、  
速やかに認定申請をし、薬学生の受け入れのご準備をお願いいたします。

年 月 日

|                      |    |                       |     |                  |                  |
|----------------------|----|-----------------------|-----|------------------|------------------|
| カタカナ                 |    |                       |     | 年齢 <sup>※2</sup> | 性別 <sup>※2</sup> |
| 氏名                   |    |                       |     | 歳                | 男・女              |
| 薬剤師名簿登録番号            |    | 薬剤師実務経験 <sup>※1</sup> |     | 薬学部課程            |                  |
|                      |    | 年                     |     | 4年制・6年制          |                  |
| (勤務先)                |    |                       |     |                  |                  |
| 施設名                  |    |                       |     |                  |                  |
| 連絡先                  | 電話 |                       | FAX |                  |                  |
| (連絡の取れるメールアドレスと電話番号) |    |                       |     |                  |                  |
| メールアドレス              |    | 電話                    |     |                  |                  |

※2 グループ分けの際、なるべく性別・年齢等が偏らないために必要です。