

(様式1号)

千葉市在宅医療・介護対応薬剤師認定申請書

1) 申請者

薬剤師名	
所属する薬局の名称	
所属する薬局の所在地	

2) 受講した研修 (※参加した回に○を記載すること。)

	開催日	参加※		開催日	参加※
第1回			第4回		
第2回			第5回		
第3回			その他1		
その他2					

3) 参加した多職種連携を目的とした研修会等

開催日	研修会名	場所	主催者

※3) は必要に応じて行を追加してください。

4) いずれかに✓をつけてください。(但し、不可、なしを選択された場合は推薦要件を満たさないため千葉市に推薦することができませんのでご注意ください。)

*千葉市薬剤師会が作成する「在宅医療・介護対応薬剤師認定事業」における在宅支援薬局リストへの掲載 可 不可

*所属する薬局内において、勤務する薬剤師間の連絡体制(緊急連絡先リスト等)が整備されていること あり なし

*患者に訪問し、生活状況を確認した上で服薬指導を行った実績の提出 あり なし
上記により、認定申請します。

年 月 日

住所

氏名

(あて先) 千葉市長

提出先: 一般社団法人千葉市薬剤師会 事務局