

実務経験履歴書

ID 番号 : _____

氏名 (自筆) : _____

所属薬局 : _____

薬剤師登録番号 : _____

下記に相違ありません。相違が発覚した場合は、修了証は過去に遡り無効となり、今後についても受講ができないことに同意します。

年号	自		至	保険薬局名
	年 月	～	年 月	
	年 月	～	年 月	
	年 月	～	年 月	
	年 月	～	年 月	

イ 薬局において、薬剤師として5年以上の実務経験がある者

(イの5年以上の実務経験については実務に関する履歴を記載する用紙、別添に記載するものとし、内容に相違がないこと、相違が発覚した場合は、修了証は過去に遡り無効となり、今後についても受講ができないことに同意を得るものとする)

所属先責任者 記入欄 (管理薬剤師、薬局長でも可)

上記、確認いたしました。

薬局名: _____

氏名・肩書 (自筆署名 又は 捺印) : _____