

## 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) : \_\_\_\_\_