

健康サポート薬局研修 受講報告書 ならびに 修了証申請書

下記の通り受講しました。

修了証の申請を致します。平成 年 月 日

受講番号

日本薬剤師会員番号

薬剤師登録番号(登録日)

実務年数 年 月

氏名(直筆署名)

サインもしくは捺印

所属

住所 〒

電話番号

FAX番号

メールアドレス

技能習得型研修

修了日 平成 年 月 日

時間	研修項目	合計時間	受講日	講義受講日	時間	受講日	講義受講日	レポート提出
技能01	1 健康サ ポート薬局の基本理念							
技能02	4 薬局利用者の状態把握と対応							
技能03	3 地域包括ケアシステムにおける多職種連携と薬剤師の対応							
	8							

確認テスト

修了日: _____

実務証明書 ⇒ 添付 (チェック)

知識習得型研修

修了日 平成 年 月 日

時間	研修項目	合計時間	確認文字	受講日	講義/eラーニング どちらか記載	時間	受講日	講義/eラーニング どちらか記載	時間	受講日	講義/eラーニング どちらか記載	時間	受講日	講義/eラーニング どちらか記載	時間
知識01	2 地域住民の健康維持・増進														
知識02	8 要指導医薬品等概説														
知識03	2 健康食品、食品														
知識04	2 禁煙支援														
知識05	1 認知症対策														
知識06	2 感染対策														
知識07	1 衛生用品、介護用品等														
知識08	1 薬物乱用防止														
知識09	1 公衆衛生														
知識10	1 地域包括ケアシステムにおける先進的な取組事例														
知識11	1 コミュニケーション力の向上														
22				それぞれの項目に確認文字がありますのでそれを記載ください											