

FAX 089-921-5353

一般社団法人 愛媛県薬剤師会 復職支援相談窓口 宛

薬剤師の復職支援相談窓口登録

送付日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

次の通り、薬剤師の復職支援相談窓口に登録します。

| 登録内容 | |
|---|--|
| (ふりがな) | |
| ① 氏名： | |
| ② 連絡先（住所）：〒 | |
| (電話番号)： | |
| (FAX)： | |
| (E-mail)： | |
| ③ これまでの就業経験： あり（薬局 計 _____ 年、病院 計 _____ 年） ・ なし | |
| ④ 保険薬剤師登録： 登録票を持っている ・ 持っていない ・ 不明 | |
| ⑤ 研修希望期間：時間帯（ _____ ～ _____ ）・曜日（ _____ ）・期間（ _____ 日間程度） | |
| ⑥ 実務実習の希望： 希望あり ・ 希望なし | |
| ⑦ 受きたい研修内容： 複数回答可 疾患と薬剤・保険調剤請求算定に関して・調剤・服薬指導・薬歴記載や入力・OTC・在宅 コミュニケーションスキル・医薬品と副作用・その他（ _____ ） | |
| ⑧ その他特記事項（自由意見等） | |
| ・研修時の託児について： 要 ・ 不要 | |

*ご登録いただいた個人情報は、薬剤師会で厳重に管理し、薬剤師の復職支援の目的以外には使用いたしません。