一般社団法人日本プライマリ･ケア連合学会

プライマリ・ケア認定薬剤師制度

見学実習修了（見込）報告書

２０　 年　 月　 日

一般社団法人　日本プライマリ･ケア連合学会

理事長　殿

以下に記載した薬剤師は，20　　年7月31日までに医療見学実習を修了（した・見込みである）ことを報告します．

見学実習担当　専門医・認定医・指導医　署名　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １．見学実習薬剤師 | | | | | | | |
| 氏　　名 |  | | 薬剤師  登録番号 |  | 見学実習開始日 | | 20　　年 月 日 |
| ２．見学実習実施日と単位(半日を1単位とし、8単位) | | | | | | | |
| 20　　年 月 日（　　単位）、20　　年 月 日（　　単位）、20　　年 月 日（　　単位）、  20　　年 月 日（　　単位）、20　　年 月 日（　　単位）、20　　年 月 日（　　単位）、  20　　年 月 日（　 単位）、20　　年 月 日（　　単位）、20　　年 月 日（　　単位）、 | | | | | | | |
| ３．見学実習実施機関 | | | | | | | |
| 医療機関名称 | | | | | | | |
| 所在地　住所　〒 | | | | | | | |
| 見学実習担当医師 | | | | | | | |
| 医　師　氏　名 | |  | | 所属・役職 | |  | |
| 連絡先 | | 住所　〒  電話　　　　　　　　　　　　FAX  E-mail | | | | | |
| ４．見学実習内容（見学内容・見学実習薬剤師に対するコメントなど、ページの追加可能） | | | | | | | |
|  | | | | | | | |

注：この報告書は押印が必要なため郵送のみ受付けます。