

(第43号様式別紙1)

経 歴 書

学 位			
氏 名 <small>ふりがな</small>		生年月日	年 月 日
現 住 所			
最終学歴			
主たる 職 歴	期 間	勤務先名称(薬局名)	職 名 (管理薬剤師、勤務 薬剤師等)
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
		薬剤師としての通算実務年数	年 月

薬剤師免許証の写しを添付すること。

新規開局する保険薬局のみ記入

他の自立支援医療機関における管理者としての実績

指定自立医療機関名(薬局名)	所在地

(第43号様式別紙2)

調剤のために必要な設備及び施設の概要

調剤室の構造		調剤室の面積	m ²
主たる設備	品目	品目	

- (備考)
- 1 薬局の見取図を添付すること。
 - 2 薬局内の構造がわかる写真を添付すること。(松葉杖や車椅子等を利用している方が、薬局を利用するにあたり不便がないかを確認するもの)
 - 3 主たる設備の欄には、薬局等構造設備規則(昭和36年厚生省令第2号)に掲げるもの以外のものがある場合にのみ、その主たるものを記載すること。