（作成例）

地域包括ケアシステムに関する年間研修計画書

　　　　年度

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講薬剤師名 | ４月 | ５月 | ６月 | ７月 | ８月 | ９月 | 10月 | 11月 | 12月 | １月 | ２月 | ３月 |
| 薬剤師Ａ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 薬剤師Ｂ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 薬剤師Ｃ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 薬剤師Ｄ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 薬剤師Ｅ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 薬剤師Ｆ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**【研修対象者】**

**当薬局の実務に従事する全ての薬剤師（常勤薬剤師、非常勤薬剤師）**

**【研修名】**

1. **自社薬局内の研修**
2. **外部機関の研修**
3. **健康サポート薬局に係る研修**