地域包括ケアシステムに関する内容の研修

作成例

実施結果及び年間計画書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講  薬剤師名 | 実施日 （前年度） | 予定日 | | | | | | | | | | | |
| 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 | R4年9月1日  ② |  |  |  | ① |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 薬剤師Ｂ | R4年9月1日  ② |  |  |  | ① |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 薬剤師Ｃ | R4年9月1日  ② |  |  |  | ① |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 薬剤師Ｄ | R4年9月1日  ② |  |  |  | ① |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 薬剤師Ｅ | R4年9月1日  ② |  |  |  | ① |  |  |  |  |  | ② |  |  |
| 薬剤師Ｆ | R4年9月1日  ② |  |  |  | ① |  |  |  |  |  | ② |  |  |

★申請以前に実施した直近の研修を記載してください。

【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