

(受入薬局 → 地域薬剤師会会長 → 大阪市薬剤師会 → 地域薬剤師会会長 → 受入薬局)

様式 1

薬剤師会会長 様

中央急病診療所における薬学生実務実習（見学）申込書（R7. II期）

薬局名									
住 所									
TEL					FAX				
実務実習指導 薬剤師名									
中央急病診療所 での指導者						☐ 指導者の手配を依頼する			
実習生名									
希望日に○を つけて下さい	6/7 (土)	6/14 (土)	6/21 (土)	6/28 (土)	7/5 (土)	7/12 (土)	7/19 (土)	7/26 (土)	8/2 (土)
※時間は 15時～16時 又は 16時～17時 1時間程度									

- ※ 実習開始時間は、各日 15時～、16時～、の2部とさせていただきます
学生を割り振る都合上、申し訳ございませんが、時間はこちらで決めさせていただきます。
- ※ 実習日は、日程調整する場合がありますので、第3希望日まで選んで下さい。
又は都合の悪い日に「×」をつけてください。
- ※ 診療所での指導者は、中央急病診療所に出務していなければなりません。
- ※ 決められた日時以外に実習生を連れて見学することは出来ません。
- ※ 薬剤師会内で指導者を決められる場合は、「中央急病診療所での指導者」欄にお名前を記載してください。

（府薬で記入いたしますので、記入しないで下さい）

■下記の通り、見学日程及び指導者が決定いたしました。

見学日	開始時間	中央急病診療所での指導者

開始時間までに1階ロビーに集合してください