

かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の  
施設基準に係る届出添付書類

薬剤師の氏名等（□には、「レ」を記入し、必要な書類を添付すること。）

	業務を実施する薬剤師の氏名	薬局勤務 経験年数	週あたりの 勤務時間	在籍期間	研修	地域 活動
1		年	時間	年 月	□	□
2		年	時間	年 月	□	□
3		年	時間	年 月	□	□
4		年	時間	年 月	□	□
5		年	時間	年 月	□	□

[記載上の注意]

- 1 当該保険薬局に勤務する保険薬剤師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤の別）及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。ただし、当該様式において、「専従・非専従、専任・非専任の別」についての記載は要しない。
- 2 「薬局勤務経験年数」については、当該薬剤師の薬局勤務年数を記載すること。
- 3 「週あたりの勤務時間」については、当該薬剤師の1週間当たりの平均勤務時間を記載すること。
- 4 「在籍期間」については、当該保険薬局において勤務を開始してから、届出時までの当該薬剤師の在籍期間を記載すること。
- 5 「研修」については、薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得していることを確認できる文書を添付すること。ただし、平成29年3月31日までは要件を満たしているものとして取扱う。
- 6 「地域活動」に参加していることがわかる書類として、届出時までの過去1年間に医療に係る地域活動の取組に主体的に参加していることがわかる文書（事業の概要、参加人数、場所及び日時、当該活動への関わり方等）を添付すること。