（様式１号）

石川県地域連携薬剤師共育プログラム共育病院指定申請書

年　　月　　日

石川県知事　殿

病院名

開設者氏名

電話番号

石川県地域連携薬剤師共育プログラム実施要領第４の規定により、共育病院としての指定を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 基幹病院・地域病院の別 |  |

（添付書類）

　１　チェックリスト

２　チェックリストの付属資料

（様式２号）

コース（策定・変更）届出書

年　　月　　日

石川県知事　殿

病院名

開設者氏名

電話番号

石川県地域連携薬剤師共育プログラム実施要領第４の規定により、コースの（策定・変更）を届出します。

|  |  |
| --- | --- |
| コース名 |  |
| 募集開始日 | 年　　月　　日 |
| 取得が可能な認定・専門資格の名称（具体的に指定する場合のみ） |  |
| 義務年限 | 年　　月 |
| うち、基幹病院の就業：  　　　地域病院の就業： |
| 備考 |  |

（記入上の注意）

　１　１コースにつき募集は1人とする（同一内容で複数名募集する場合についても、コース名を区別すること）

　２　義務年限における基幹病院及び地域病院の就業割合については、予定する期間について、日数、％等、その就業割合が明確となるように記載すること。

　３　変更を届け出る場合、変更前後が明確となるように記載すること。既に届出したコースを取り下げる場合については、その旨を備考欄に記載すること。

（添付書類）

１　募集要項

２　プログラム薬剤師の基本的な就業スケジュール

３　プログラム薬剤師の資格取得スケジュール

４　（就業する病院全て）病院名、連絡・調整担当者の部署・職・氏名・連絡先

（様式３号）

プログラム薬剤師登録申請書

年　　月　　日

石川県知事　殿

（病院長経由）

住所

氏名

電話番号

石川県地域連携薬剤師共育プログラム実施要領第４の規定により、プログラム薬剤師の登録を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 籍を置いている病院 | |  | |
| 希望コース内容 | |  | |
| 同意事項 | (1) 県は、プログラムの円滑な実施にあたり、基幹病院、地域病院及び職能団体等の関係者と、申請者の登録状況・就業状況について情報を共有します。 | |  |
| (2) プログラム薬剤師としてコースを受講している間、プログラムの円滑な実施にあたり、県、基幹病院、地域病院の指示に従います。 | |  |
| (3) プログラム薬剤師としてコースを受講している間、プログラムの満了要件を完全に満たすよう努めます。また、プログラムの満了要件を完全に満たす見込みがなくなった場合又は満たせなかった場合、プログラムからの離脱（プログラム薬剤師の登録の消除）として取り扱われることを承知しています。 | |  |
| (4) プログラムを満了した場合、県の行う就業状況の調査に協力します。 | |  |
| 備考 |  | | |

（記入上の注意）

　１　希望内容については、コースに希望がある場合、出向先病院名、取得を目指したい分野・領域（又は資格）名等を具体的に記載すること。

　２　同意事項欄については、同意する場合、「はい」と記載すること。同意しない場合、その理由を記載すること。

（添付書類）

１　履歴書（参考様式）

（様式４号）

プログラム（受講開始・満了・離脱）届出書

年　　月　　日

石川県知事　殿

病院名

開設者氏名

電話番号

石川県地域連携薬剤師共育プログラム実施要領第４の規定により、プログラム薬剤師がプログラムを（受講開始・満了・離脱）したので、次のとおり届出します。

|  |  |
| --- | --- |
| コース名 |  |
| プログラム薬剤師氏名 |  |
| 受講開始日 | 年　　月　　日  （満了予定日：　　　年　　月　　日） |
| 受講（満了・離脱）日 | 年　　月　　日 |
| 備考 |  |

（記入上の注意）

　１　受講（満了・離脱）日は、満了又は離脱の届出時に記載すること。

　２　受講満了となった場合、次の書類を添付すること。

(i)プログラム薬剤師の資格認定書等、資格の取得を証するものの写し

(ii)義務年限期間における、共育病院それぞれにおける就業日数の内訳

　３　受講離脱となった場合、その理由を備考欄に記載すること。

（様式５号）

就業状況報告書

年　　月　　日

石川県知事　殿

住所

氏名

電話番号

石川県地域連携薬剤師共育プログラム実施要領第４の規定により、就業状況について報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 受講したコース名 |  |
| プログラムの満了年月 | 年　　月 |
| 現在の就業施設名、所在地 |  |
| 備考 |  |

（記入上の注意）

　１　共育病院より既に異動している場合、異動年月と異動理由について備考欄に記載すること。