

記載例

(別紙1)

経 歴 書				
学 位	〇〇	ふりがな 氏 名	けんちよう たろう 県 庁 太 郎	生年月日 (元号)〇年〇月〇日
現 住 所	〇〇県〇〇市〇〇 〇-〇-〇			
最 終 学 歴	〇〇大学 〇〇学部 〇〇学科			
主たる職歴	〇〇〇〇年〇月 薬剤師免許取得 薬剤師名簿登録第〇〇〇〇〇〇〇号 〇〇〇〇年〇月 株式会社〇〇 入社 〇〇〇〇年〇月 ~〇〇〇〇年〇月 〇〇薬局 〇〇店 配属 〇〇〇〇年〇月 ~〇〇〇〇年〇月 〇〇薬局 〇〇店 配属 ※管理薬剤師として勤務 〇〇〇〇年〇月 ~〇〇〇〇年〇月 〇〇薬局 〇〇店（自立支援医療機関） 配属 ※管理薬剤師として勤務 〇〇〇〇年〇月 ~現在に至る 〇〇薬局 〇〇店 配属 ※管理薬剤師として勤務 通算1年以上の調剤実務経験がない場合、 要件を満たす他の者を管理薬剤師とする か、休止の手続きを行う必要があります。 （調 剤 実 務 経 験 〇〇 年）			

※ 開局日から1か月以内に指定を受けたい場合は、医療機関名称（店舗名称等具体的なもの）に加えて、他の自立支援医療機関で管理薬剤師であった旨も明記すること。