

(別紙1)

経 歴 書

学士など

学 位	〇〇	ふり 氏 名	けんちよう 県 庁 太郎	生年月日	〇〇〇〇年〇月〇日
現 住 所	栃木県〇〇市〇〇 〇-〇-〇				
最 終 学 歴	〇〇大学 〇〇学部 〇〇学科				
主たる職歴	0000年0月 株式会社〇〇 入社				
0000年0月 ~0000年0月	〇〇薬局 〇〇店 配属				
0000年0月 ~0000年0月	〇〇薬局 〇〇店 配属 ※管理薬剤師として勤務				
0000年0月 ~0000年0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				
0000年0月 ~現在に至る	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				
(調 剤 実 務 経 験 〇〇 年)					

保険薬局の名称は正式名称
(店舗名称を含む)を記載

※ 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。