

主として担当する薬剤師の経歴書

〇〇年〇月〇日

(ふりがな) 氏名	ふくおか たろう 福岡 太郎	〇〇年〇月〇日 (〇〇)歳
現住所	福岡県〇〇市〇〇町〇〇番〇〇号→ 管理薬剤師の自宅住所を記載すること。	
最終学歴	〇〇年〇月 〇〇大学薬学部 卒業	
薬剤師 免許取得	〇〇年〇月〇日 名簿登録番号 第 1234 号	
学位	〇〇年〇月〇日 医・ 薬学博士 (〇〇 大学)	無
	(学位論文名) 〇〇〇〇〇〇について	
年月～年月	経 歴	
〇〇年4月～ 〇〇年3月	〇〇総合病院薬剤部	
〇年3月	〇〇総合病院退職	
〇〇年4月～ 〇〇年3月	〇〇調剤薬局××店 保険薬剤師	
〇〇年4月～ 〇〇年10月	〇〇調剤薬局□□店 保険薬剤師	
〇年10月	〇〇調剤薬局退社	
〇〇年4月～ 〇〇年3月	株式会社〇〇薬局△△店(指定自立支援医療機関) 保険薬剤師	
〇〇年4月～ 〇〇年11月	同 管理薬剤師	
〇〇年12月～ 現在に至る	株式会社〇〇薬局〇〇店 管理薬剤師	
<p>新規開局(開局から6か月未満の薬局含む)する薬局にあつては、管理薬剤師が過去に他の指定自立支援医療機関において、管理薬剤師としての経験を有していることが必要になります。(福岡市指定自立支援医療機関指定要綱第8条2項)</p>		

薬局勤務の場合、店舗名と役職名(管理薬剤師、保険薬剤師等)まで必ず記載のこと。
また、勤務薬局が指定自立支援医療機関である場合、その旨を明記すること。

※ 経歴については、勤務先での身分・役職名(管理薬剤師など)まで記入してください。

※ 勤務薬局が指定自立支援医療機関の場合は明記してください。

※ 薬剤師免許証(写)を添付して下さい。(A4サイズでお願いします。)