

【別紙13-1】項目13を示す書類

	常勤薬剤師氏名	薬剤師免許番号	勤務期間	継続して1年以上勤務の有無	研修修了の有無	研修実施団体名	修了番号
1			年 月 ~ 年 月	有 ・ 無	有 ・ 無		
2			年 月 ~ 年 月	有 ・ 無	有 ・ 無		
3			年 月 ~ 年 月	有 ・ 無	有 ・ 無		
4			年 月 ~ 年 月	有 ・ 無	有 ・ 無		
5			年 月 ~ 年 月	有 ・ 無	有 ・ 無		
6			年 月 ~ 年 月	有 ・ 無	有 ・ 無		
7			年 月 ~ 年 月	有 ・ 無	有 ・ 無		
8			年 月 ~ 年 月	有 ・ 無	有 ・ 無		
9			年 月 ~ 年 月	有 ・ 無	有 ・ 無		
10			年 月 ~ 年 月	有 ・ 無	有 ・ 無		

常勤薬剤師数

①  人

①のうち継続して1年以上勤務している人数

②  人

①のうち研修を修了している人数

③  人

①常勤として勤務している薬剤師の半数以上が継続1年以上勤務であること

常勤薬剤師数 (①)	<input type="text"/>
継続1年以上勤務薬剤師数 (②)	<input type="text"/>
(②) / (①)	<input type="text"/> (≥0.5で適)

常勤薬剤師数 (①)	<input type="text"/>
研修修了薬剤師数 (③)	<input type="text"/>
(③) / (①)	<input type="text"/> (≥0.5で適)