

令和 2 年 1 月 吉日

薬 剤 部 科 長 各 位

公 益 社 団 法 人  
神 奈 川 県 病 院 薬 剤 師 会  
会 長 金 田 光 正  
担 当 副 会 長 山 田 裕 之  
薬 学 生 病 院 実 習 検 討 委 員 会  
委 員 長 渡 邊 徹

### 令和元年度病院実習生等受入予定調査の実施について(お願い)

厳冬の候 会員の皆様におかれましては、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。日頃から、薬学生の病院実習受入にご協力いただき、厚くお礼申し上げます。

さて、薬学生病院実習検討委員会では、例年、次年度の会員施設における病院実習生の受入予定を把握するための調査を実施しております。調査の結果は、認定実務実習指導薬剤師養成ワークショップ参加者選考にも活用させていただきます。また、会員施設が病院実習のみでなく、早期体験学習など様々な卒前教育にご尽力いただいている状況についても把握するため併せて調査を行います。

また、昨年度から改訂コアカリキュラムに準拠した実務実習の実施が始まっております。引き続き、受け入れ施設への周知状況確認と各施設の準備状況把握に関するアンケート調査をさせていただくことといたしました。

ご多忙の折、恐縮ですが調査の趣旨をご理解いただき、ご協力いただきますようお願い申し上げます。

なお、今回皆様から寄せられた調査結果は神奈川県病院薬剤師会会誌、神奈川県病院薬剤師会ホームページ等を用いてフィードバックする予定です。併せてご了解いただきますようお願い申し上げます。

回答期日：**2020年3月31日(火)まで**

回答方法：県病薬ホームページ、薬学生病院実習検討委員会にアクセスいただき、回答用紙（エクセルファイル）をダウンロードしてください。ダウンロードしたエクセルファイルに回答内容を入力の上、メール送信によりご回答ください。なお、メール環境が整っていないご施設は FAX によりご回答ください。

メール送付先：t-watanabe@cmed.showa-u.ac.jp

FAX 送付先：045-972-7426

本アンケートについて、ご意見ご質問がありましたら下記までお願いいたします。

昭和大学藤ヶ丘病院 薬剤部 渡邊 徹

代表:045-971-1151

[t-watanabe@cmed.showa-u.ac.jp](mailto:t-watanabe@cmed.showa-u.ac.jp)

<受入状況等調査>・・・回答は別紙（県病薬ホームページよりダウンロード）

ご施設名	ご施設コード（新コード）
認定実務実習指導薬剤師（日本薬剤師研修センター）	
名	

※日本薬剤師研修センター認定実務実習指導薬剤師につきましては、  
回答用紙に取得者氏名および認定番号の記載をお願いいたします。

2020年1月1日 現在

以下の①～④についてご回答ください

① 病院実習（薬学部5年生）

年度	枠	第Ⅰ期	第Ⅱ期	第Ⅲ期	第Ⅳ期	その他
2019年度 実績	調整機構枠		名	名	名	名
	独自契約枠		名	名	名	名
	附属施設		名	名	名	名
2020年度 予定	調整機構枠		名	名	名	名
	独自契約枠		名	名	名	名
	附属施設		名	名	名	名

② 【2019年度実績】早期体験学習（アーリーエクスポージャー）

大学名	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
大学 年	名	名	名	名	名	名	名	名	名	名	名	名
大学 年	名	名	名	名	名	名	名	名	名	名	名	名
大学 年	名	名	名	名	名	名	名	名	名	名	名	名
大学 年	名	名	名	名	名	名	名	名	名	名	名	名

③ 【2019年度実績】その他（アドバンス実習、卒論研究、大学院生 等）

大学名	学年	受入れ名	人数	時期・期間
例) ●●● 大学		卒論臨床研究	1名	6カ月（10～3月）
大学				
大学				
大学				
大学				

ご協力ありがとうございました。