

## かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の 施設基準に係る届出書添付書類

かかりつけ薬剤師指導料等に関する業務を行う保険薬剤師の氏名等（□には、「✓」又は「×」を記入し、必要な書類を添付すること。）

|   | 業務を実施する<br>保険薬剤師の氏名 | 保険薬局<br>勤務経験 | 短時間勤務   | 週当たりの勤務<br>時間及び日数 | 当該薬局で<br>の在籍期間 | 研修                       | 地域<br>活動                 |
|---|---------------------|--------------|---|-------------------|----------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 |                     | 年            | <input type="checkbox"/> 該当<br><input type="checkbox"/> 非該当 | 時間/週<br>日/週       | 年 月            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 |                     | 年            | <input type="checkbox"/> 該当<br><input type="checkbox"/> 非該当 | 時間/週<br>日/週       | 年 月            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 |                     | 年            | <input type="checkbox"/> 該当<br><input type="checkbox"/> 非該当 | 時間/週<br>日/週       | 年 月            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 |                     | 年            | <input type="checkbox"/> 該当<br><input type="checkbox"/> 非該当 | 時間/週<br>日/週       | 年 月            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 |                     | 年            | <input type="checkbox"/> 該当<br><input type="checkbox"/> 非該当 | 時間/週<br>日/週       | 年 月            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 〔記載上の注意〕

- 「保険薬局勤務経験」については、施設基準の届出時点における保険薬剤師としての薬局勤務経験の年数を記載すること。ただし、保険医療機関で薬剤師としての勤務経験が1年以上ある場合は、1年を上限として当該勤務経験の期間に含めることができる。
- 「短時間勤務」については、育児・介護休業法第23条第1項、同条第3項又は同法第24条の規定による措置の該当性について、該当もしくは非該当のどちらか一方に「✓」又は「×」を記入すること。なお、「短時間勤務」に該当する薬剤師のみで当該届出を提出することはできない。
- 「週あたりの勤務時間・日数」については、当該薬剤師の1週間当たりの平均勤務時間及び1週間当たりの平均勤務日数を記載すること。
- 「在籍期間」については、当該保険薬局において勤務を開始してから、届出時までの当該薬剤師の在籍期間を記載すること。
- 「研修」については、薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得していることを確認できる文書を添付すること。
- 「地域活動」に参加していることがわかる書類として、届出時までの過去1年間に医療に係る地域活動の取組に主体的に参加していることがわかる文書（事業の概要、参加人数、場所及び日時、当該活動への関わり方等）を添付すること。