

様式 92

特定薬剤管理指導加算2に係る届出書添付書類

| | | |
|---|-----------|------|
| 1 業務を実施する保険薬剤師としての勤務経験 を5年以上有する保険薬剤師の氏名等 | 保険薬剤師の氏名 | 勤務経験 |
| | | 年 |
| | | 年 |
| | | 年 |
| | | 年 |
| 2 患者のプライバシーに配慮した服薬指導の方法 (配慮方法) (具体的に記入) | | |
| 3 麻薬小売業者免許証の番号 | | |
| 4 保険医療機関が実施する抗悪性腫瘍剤の化学 療法に係る研修会への出席状況 (直近1年) | 実施保険医療機関名 | 出席回数 |
| | | 回 |
| | | 回 |
| | | 回 |

[記載上の注意]

- 1 「1」については、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、1年を上限として薬局の勤務経験の期間に含めることができる。
- 2 「4」については、同一の研修会に複数名の保険薬剤師が参加した場合であっても、出席回数は1回と数えること。