（様式6）

人員配置体制等報告書

保険調剤薬局の人員配置体制について記載してください。あわせて、採用又は補充計画を記載してください。

**１．人員配置体制**（単位：人）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 役職・保有資格等 | 正規採用従業員 | | | パート従業員 | | |
| 平日日中  (8時～18時) | 平日夜間  (18時～  翌8時) | 土日祝 | 平日日中  (8時～18時) | 平日夜間  (18時～  翌8時) | 土日祝 |
| 責任者 |  |  |  |  |  |  |
| 薬剤師 |  |  |  |  |  |  |
| 日本医療薬学会  がん専門薬剤師 |  |  |  |  |  |  |
| 日本医療薬学会  地域薬学ケア専門薬剤師(がん) |  |  |  |  |  |  |
| 日本臨床腫瘍薬学会  外来がん治療認定薬剤師 |  |  |  |  |  |  |
| 日本病院薬剤師会  HIV感染症薬物療法認定薬剤師 |  |  |  |  |  |  |
| 日本糖尿病療養指導士認定機構  糖尿病療養指導士 |  |  |  |  |  |  |
| 日本緩和医療薬学会  緩和薬物療法認定薬剤師 |  |  |  |  |  |  |
| 日本薬剤師研修センター  研修認定薬剤師 |  |  |  |  |  |  |
| その他学会認定等の資格( 　　　　　　　　　 ) |  |  |  |  |  |  |
| 事務 |  |  |  |  |  |  |
| その他  （　　　　　　　　　　） |  |  |  |  |  |  |

注：①役職・保有資格等は例示です。貴社の考える人員配置にあわせて適宜修正してください。

②枠は、適宜 行の追加・削除を行ってください。

**２．採用または補充計画**

|  |
| --- |
|  |