

(別紙 2)

西暦 年 月 日

公益社団法人日本薬学会 御中

住 所
称号又は名称
代 表 者 (体制の責任者を兼ねる必要はない) 印

第三者確認届出書 (更新)

下記の関係書類を添えて、「健康サポート薬局に係る研修実施要綱について(2016年2月12日薬生発0212第8号)」に基づき、日本薬学会薬学教育委員会第三者確認委員会に確認を申請します。

記

1. 本研修に関する実施要領
2. 技能習得型研修に係る研修プログラムとその概要
3. 技能習得型研修及び知識習得型研修に係る教材
4. 技能習得型研修及び知識習得型研修に係る実績
5. 前年度および今年度の講師一覧 (講師名および所属)
6. 研修内容に関する事後評価結果及びそれに基づく改善点
7. 自己点検報告書 (別紙 2・別添)
8. 第三者確認結果通知の写し
9. チェックリスト (別紙 3)
10. 手数料振込書 (写し)
11. その他

申請責任者名 : (窓口になる人)

電 話 :

FAX :

E-mail :

注意事項

- 1) 1 および 2 については、直近に第三者確認を受けた時点から変更・追加した場合のみ、変更・追加した箇所には下線を引いて提出すること。また、変更した項目、内容、変更理由等を所定の書式（変更内容等一覧（様式 1））に示し、合わせて提出すること。尚、2020 年 9 月 1 日付で厚生労働省より発出された「新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた健康サポート薬局研修実施要綱の実施方法について」に基づいた変更点についても記載すること。
- 2) 4 については、様式 2 に従って開催日、実施会場、講師名・所属、受講者数を示すこと。また、技能習得型研修「地域包括ケアシステムにおける他職種連携と薬剤師の対応」については、実績（対象地区ごとの講師名・略歴、実施会場^{*}、受講者数、研修修了者数など）を合わせて提出すること。
※会場の写真を添付することが望ましい。
- 3) 6 については、研修内容に関する事後評価結果（受講者の到達度評価、受講者アンケート結果等）にもとづいて、研修プログラムの見直し及びそれに基づく改善点について記載すること。
- 4) 11 については、研修の質を向上させる目的のために何か実施したことや、前年度の疑義照会において、本年度報告を求められている事項などがあれば記載して提出してください。