

健康サポート薬局研修修了証交付申請のための履歴書

【 更新申請用 】

就業年月日	離職年月日	経験年月数	薬局における実務経験（薬局店舗名および具体的な実務内容、地域包括ケア会議への参加、在宅患者への対応等を記載）	1ヶ月当たりの勤務時間数 （80時間以上であること）
年 月	年 月	年 月		時間
年 月	年 月	年 月		時間
年 月	年 月	年 月		時間
年 月	年 月	年 月		時間
年 月	年 月	年 月		時間
年 月	年 月	年 月		時間
年 月	年 月	年 月		時間
年 月	年 月	年 月		時間
年 月	年 月	年 月		時間
年 月	年 月	年 月		時間

上記記載のとおり、相違ありません。

年 月 日

氏名

印

（署名）

注意事項

1. 薬局における実務経験のうち、1ヶ月当たりの勤務時間が80時間以上のものを記載すること。
1ヶ月当たりの勤務時間数が一定でない場合は、最短のものが80時間以上であることを要する。
この場合、1ヶ月当たりの勤務時間数欄には、最短の時間数を記載すること。
また、申請のためには、5年以上の薬局での実務経験が必要。
2. 薬局における実務経験欄には、薬局を開設している会社名のみではなく、薬局店舗名を記載すること。
3. 用紙1枚では記載しきれない場合は、複数枚を使用すること。
4. 署名及び捺印をすること。
5. 実務経験を担保する書類（採用辞令など）は添付不要であるが、確認が必要な場合は書類を提出すること。

2026年4月1日更新版