様式第4号

**薬剤師の経歴書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　　　名 |  | | 生年月日 |  | | |
| 現 住 所 |  | | | | | |
| 学　　　位 |  | 最終学歴 |  | | | |
| 年　月 | 調　剤　業　務　に　従　事　し　た　主　た　る　職　歴 | | | | | |
| 勤務先  （○○薬局△△店のように店舗名まで記載してください） | | | | 職名  （管理薬剤師等） | |
| 年　　　月 |  | | | |  |
| ～ |
| 年　　　月 |
| 年　　　月 |  | | | |  | |
| ～ |
| 年　　　月 |
| 年　　　月 |  | | | |  | |
| ～ |
| 年　　　月 |
| 年　　　月 |  | | | |  | |
| ～ |
| 年　　　月 |
| 年　　　月 |  | | | |  | |
| ～ |
| 年　　　月 |
| 年　　　月 |  | | | |  | |
| ～ |
| 年　　　月 |

※　新規開局の場合、過去に管理者（管理薬剤師）として勤務した指定自立支援医療機関について、次の欄に記入

してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 指定自立支援医療機関名 | 住所 |
| 年　　　月 |  |  |
| ～ |
| 年　　　月 |
| 年　　　月 |  |  |
| ～ |
| 年　　　月 |