

令和元年度兵庫県薬剤師会 学校薬剤師アンケート

平素は、会務運営にご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

このたび、学校薬剤師の活動が地域貢献としても注目されているなか、学校および学校区における活動を広めていくうえで、兵庫県薬剤師会の学校薬剤師部が皆さま方のスキル調査をさせていただくこととなりました。なお、入力いただきました情報については、本会学校薬剤師部の事業活動等に利用させていただきます。

以下の項目にご回答のうえ、本会へFAXをお願いいたします。

.....

氏名（必須） _____ 支部名（必須） _____

勤務先種別（必須）	☐ 保険薬局 ☐ ドラッグストア等の店舗 ☐ 病院・診療所 ☐ その他
担当校・担当園等施設名（必須）	※担当されている施設名を全てご記入ください。 （例：〇〇中学校、△△幼稚園）

具体的なスキル等	※該当するものを☑してください。（複数回答可） ☐ 厚生労働省薬物乱用防止訪問事業講師 ☐ 薬物乱用防止指導員 ☐ スポーツファーマシスト ☐ ママサポート認定薬剤師 ☐ 認知症サポーター ☐ 禁煙指導認定薬剤師 ☐ 災害支援薬剤師（PhDLS 等を含む） ☐ その他
その他スキル名	※上記で「その他」を回答した方は以下にご記入ください。

講演等の活動の可否（必須）	※学校薬剤師としての講演会・研修会等の講師依頼があれば活動できますか？ ☐ できる ☐ できない ☐ どちらともいえない
---------------	--

送り先 兵庫県薬剤師会 F A X : 0 7 8 - 3 4 1 - 7 1 1 3