

一般社団法人 北海道薬剤師会会長 様

施設所在地
施設名
代表者名

印

薬剤師派遣依頼書

1 薬剤師派遣要請事業所の概要

事業所名			
所在地			
開設者氏名		派遣先責任者名	
電話番号		ファクシミリ番号	
施設の形態	<input type="checkbox"/> 調剤主体薬局	<input type="checkbox"/> OTC販売主体薬局	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他()
常勤薬剤師数	()人	非常勤薬剤師数	()人 ※常勤換算後

2 派遣要請の内容

①(薬剤師不足の説明:要約)

--

② 薬剤師派遣要請理由(詳細)

- 薬剤師の退職()月予定) 退職後の確保の目途がたたない
 学会・研修会参加に伴う代替薬剤師派遣 その他()

③ 派遣を希望する薬剤師の経験年数

- ()年以上 勤務年数にはこだわらない

④ 派遣薬剤師の勤務形態

- 常勤
 非常勤
 週()回 → 具体の曜日 → []
 月()回 → 具体の曜日 → []
 ()

⑤ 希望する派遣期間

- 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

⑥ 派遣薬剤師の勤務時間

- 平日()時 ()分 ~ ()時 ()分) (うち休憩時間 ()分)
 土曜日()時 ()分 ~ ()時 ()分) (うち休憩時間 ()分)
 日曜日()時 ()分 ~ ()時 ()分) (うち休憩時間 ()分)

3 薬剤師確保に向けたこれまでの取り組み状況

① これまでの取り組み状況

- 薬剤師会に依頼している ホームページに掲載している
 民間の薬剤師紹介機関に依頼している 知人・友人等を介し探している。
 医薬品卸売業者のMR等に依頼している
 その他()

② 取り組みの結果について記載願います。

--

4 薬剤師へ支払う報酬等

- 一日勤務の場合 → 報酬額 ()円
 半日勤務の場合 → 報酬額 ()円
 交通費(旅費等) → ()円
 その他 → 報酬額 ()円

5 その他(補足事項)

(薬局の特徴等)

※ 該当する項目をチェックの上、必要事項に記載願います。