

日 薬 業 発 第 2 3 4 号  
平成 2 8 年 9 月 2 6 日

都道府県薬剤師会会長殿

日 本 薬 剤 師 会  
会 長 山 本 信 夫

**健康サポート薬局に係る研修について（その 22）**  
**（研修修了証の交付申請について）**

平素より、本会会務に格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、健康サポート薬局研修については、本会と公益財団法人日本薬剤師研修センター（以下、「研修センター」という。）が合同で研修実施機関として研修を行っているところですが、このほど、研修センターにて、健康サポート薬局研修修了証の交付申請の受付が開始されましたのでお知らせいたします。

申請の際に必要な事項や研修修了証の取り扱いに関しては、申請要領に詳細が記載されておりますので、貴会におかれましても十分にご了知くださいますようお願いいたします。また、申請要領、申請書等の必要書類は、研修センターのホームページよりダウンロードできますので、貴会開催の研修会の受講者にもご案内くださいますようお願いいたします。

なお、申請要領にも記載されておりますが、審査の上研修修了証の交付を可と判断した場合は、「仮修了証」を発行することとしております。その取り扱いについても申請要領に記載されておりますので、ご承知おきくださいますようお願いいたします。

記

- ・健康サポート薬局研修修了証交付申請要領
- ・健康サポート薬局研修修了証交付申請書（様式 1）
- ・健康サポート薬局研修修了証交付申請のための履歴書（様式 2）
- ・（参考）受講証明書、研修修了証について（図）

※申請要領及び様式 1, 2 は（公財）日本薬剤師研修センターホームページよりダウンロード可

<http://www.jpec.or.jp/>

今後、様式等が変更になる場合がございますので、常に研修センターホームページより最新版をダウンロードしてご使用ください。

以 上

## 健康サポート薬局研修修了証交付申請要領

健康サポート薬局研修の研修修了証の交付を希望する方は、次の記載にしたがって申請してください。なお、申請の受付開始当初は、申請数が多くなることが予想されるため、予備審査を行い、提出書類に不備のないものを優先的に審査します。申請される方は、できれば複数人で点検を行い、不備のないようにしてください。また、申請に関する照会は、当分の間電子メールでのみ受け付けます。ks@jpec.or.jp宛てにお願いします(メールアドレスが当初のものより変更になっています)。

一旦提出された書類は、交付不可の場合を除いて返却しませんので、ご了承ください。必要な場合は、写しを取ってから申請してください。

提出書類が到着しているかどうかの照会をご遠慮ください。到着確認が必要な場合は、申請者において追跡・確認が可能な方法によって送付してください。

なお、当研修センターが研修修了証を交付するのは、公益社団法人日本薬剤師会が行っている研修（都道府県薬剤師会が行うものを含む。）に係るもののみですので、ご注意ください。

### 1. 申請時の提出書類

#### (1) 健康サポート薬局研修修了証交付申請書（健康サポート様式1）

照会が必要なときは、原則として電子メールで行います。メールアドレスを必ず記載してください。また、研修修了証が交付されるまではメールアドレスを変更しないでください。

住所記載欄に、郵便番号のみを記載している方がいます。住所を書き忘れないようにしてください。

#### (2) 技能習得型研修受講証明書（正本）

研修会A（健康サポートのための多職種連携研修会）と研修会B（健康サポートのための薬剤師の対応研修会）の2種類になります。

有効期限は3年間ですので、期限を確認してください。

正本を提出してください。

#### (3) 知識習得型研修受講証明書（正本）

1枚です。

有効期限は3年間ですので、期限を確認してください。

正本を提出してください。

#### (4) 履歴書（健康サポート様式2）

薬局における実務経験のうち、1週間当たりの勤務時間が20時間以上のものを記載してください（勤務ごとに1週間当たりの勤務時間数を記載する）。1週間当たり

の勤務時間数が一定でない場合は、最短のものが20時間以上であることを要します  
(この場合、1週間当たりの勤務時間数欄には、最短の時間数を記載する)。なお、  
研修修了証の交付申請には、薬局において5年以上の実務経験が必要です。

勤務ごとの経験年月数も計算して記載してください。

また、薬局における実務経験欄には、薬局店舗名を記載してください。薬局を開  
設している会社名のみ記載は不適當です。

用紙1枚では記載しきれない場合は、複数枚を使用してください。

署名及び捺印をしてください。ない場合は受け付けません。

記載した実務経験を担保する書類(採用辞令など)を添付する必要はありません。  
勤務証明書なども添付不要です。ただし、場合によっては確認する必要が生じるこ  
とがありますので、現在保有している書類は、紛失しないようにしてください。

錯誤による記載誤りが生じないよう、十分注意してください。

(5)申請者の住所及び氏名を表面に記載した通常はがき1枚

仮修了証の発行に使用します。

通常はがきを提出しない場合、あるいは、提出していても申請者の住所・氏名が未  
記載・誤記の場合は、仮修了証を発行しません。また、私製はがきは不可です。

(6)研修修了証交付手数料振込明細の写し

健康サポート薬局研修修了証交付申請書の裏面の所定欄に貼付してください。

## 2. 発行費用(交付審査手数料)

消費税別で5,000円です。平成28年9月の時点では、消費税込みで5,400円になります。

次の口座に振込んでください。振込み手数料は申請者の負担でお願いします。振込金額  
等の不足の場合は、受け付けません。

銀行名：ゆうちょ銀行

口座番号等：

郵便局から振込む場合：00130-5-119292

他の金融機関から振込む場合：

店名・口座種類・口座番号；〇一九(ゼロイチキョウ)店 当座 0119292

名義：公益財団法人日本薬剤師研修センター

一旦振り込まれた研修修了証交付審査手数料は返却しませんので、ご注意ください(審  
査の結果、研修修了証の交付が不可となった場合も交付審査手数料は返却しません)。

## 3. 書類提出先

公益財団法人日本薬剤師研修センター 健康サポート薬局係

郵便番号107-0052 東京都港区赤坂1-9-13 三会堂ビル5階

#### 4. 仮修了証の発行

研修修了証の交付を可と判断した場合は、仮修了証を発行します。仮修了証は提出された通常はがきの裏面にその旨を記載して、送付します。この仮修了証をもって、都道府県への手続きができることになっています。なお、仮修了証は、研修修了証の交付があったとき又は発行から3か月が経過したときは無効となります。

#### 5. 研修修了証の交付

可能な限り速やかに研修修了証を作成し、郵送します。

#### 6. 研修修了証の有効期間

有効期間は、交付日から6年間です。

#### 7. 研修修了証の保管等

受領した研修修了証は、大切に保管してください。更新手続きの際にも必要となります。研修修了証の再交付は当分の間行いません。

#### 8. 個人情報の取扱い

公益財団法人日本薬剤師研修センターの個人情報の取扱いについては、ホームページにプライバシーポリシーとして掲載しています。法律に基づき開示が義務づけられている等の特別の事情がない限り、本人の事前承諾なしに第三者に個人情報を開示・提供することはありません。

ただし、この健康サポート薬局研修に関する情報については、公益社団法人日本薬剤師会の閲覧・確認、制度運用の目的での都道府県知事又は保健所設置市・区の市長若しくは特別区長からの照会への対応及び都道府県薬剤師会からの照会への対応の際に、必要に応じて開示・提供します。

(平成28年9月13日、一部変更9月23日)

## 健康サポート薬局研修修了証交付申請書

平成 (20 ) 年 月 日

公益財団法人日本薬剤師研修センター 理事長 殿

自宅住所：〒

ふりがな  
氏名： 印

電話番号：

メールアドレス：

生年月日：昭和・平成 (20 ) 年 月 日

薬剤師名簿登録（免許）番号：第 号

研修会 A（地域包括ケアシステムにおける多職種連携と薬剤師の対応に関する研修にかかわるもの）の受講証明書発行薬剤師会の都道府県名：

次の書類を添えて、健康サポート薬局研修修了証の交付を申請します。

なお、申請要領記載の貴センターにおける個人情報の取扱いについては、承諾します。

### 提出書類

1. 技能習得型研修受講証明書（研修会 A 及び研修会 B）（正本）
2. 知識習得型研修受講証明書（e-ラーニング）（正本）
3. 履歴書（健康サポート様式2）
4. 申請者の住所及び氏名を表面に記載した通常はがき（仮修了証用）1枚
5. 研修修了証交付手数料振込明細の写し（裏面の所定欄に貼付）

### 注意事項

1. 技能習得型研修受講証明書は、研修会 A と研修会 B の2種類になります。有効期限を確認してください。
2. 知識習得型研修受講証明書は、1枚です。有効期限を確認してください。
3. 履歴書の記載に当たっては、履歴書（様式2）の注意事項を良く読んでください。
4. 通常はがきを提出しない場合（申請者の住所・氏名の未記載・誤記を含む。）は、仮修了証を発行しません。
5. 一旦振り込まれた研修修了証交付手数料は返却しません。
6. 一旦提出された書類は、交付不可の場合を除き返却しません。
7. 提出書類が不備の場合は交付審査が遅れますので、十分確認してから提出してください。

（以下、日本薬剤師研修センター記入欄）

受付年月日	年 月 日	受付番号	
仮発行年月日	年 月 日	修了証番号	
交付年月日	年 月 日	備考	

健康サポート様式1（裏面）

研修修了証発行手数料振込明細の写しの貼付位置

健康サポート薬局研修修了証交付申請のための履歴書

就業年月	離職年月	経験年月数	薬局における実務経験（薬局店舗名を記載）	1週間当たりの勤務時間数
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
年 月	年 月	年 月		時間

上記記載のとおり、相違ありません。

平成（20）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週間当たりの勤務時間が20時間以上のものを記載すること。  
1週間当たりの勤務時間数が一定でない場合は、最短のものが20時間以上であることを要する。  
この場合、1週間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。
2. 薬局における実務経験欄には、薬局店舗名を記載すること。薬局を開設している会社名のみ記載は不可である。
3. 用紙1枚では記載しきれない場合は、複数枚を使用して良い。
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、必要に応じて確認することがある。

参考

受講証明書、研修修了証について(図)

