履　歴　書

写真

6ヶ月以内に撮影したもの

令和　　　年　　　月　　　日現在

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別 | 男・女 |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 昭和 ・ 平成　　　年　　 月　　　日生　（満　　　歳） | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 現住所 | 〒  （電話　　　　－　　　　－　　　　　　　　） |
| 連絡先  所在地 | 〒  ※現住所と同じの場合は記入不要　　　　　（電話　　　　－　　　　－　　　　　　　　） |
| 薬剤師  登録番号 | 薬剤師免許第　　　　　　　　　　　号（昭和・平成・令和　　　年　　　月取得） |
| 保険薬剤師  登録番号 | （　　　　　　）第　　　　　　　　　　号 |

|  |  |
| --- | --- |
| 出　　身  薬科大学 | 大学　　　　　　部（昭和・平成・令和　　　年　　　月卒業） |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 元号　・　年　・　月 | | | 学　　　歴 |
|  | 年 | 月 |  |
|  | 年 | 月 |  |
|  | 年 | 月 |  |
| 元号　・　年　・　月 | | | 職　　　歴 |
|  | 年 | 月 |  |
|  | 年 | 月 |  |
|  | 年 | 月 |  |
|  | 年 | 月 |  |
|  | 年 | 月 |  |
|  | 年 | 月 |  |
|  | 年 | 月 |  |
|  | 年 | 月 |  |
|  | 年 | 月 |  |
|  | | | |
| 元号　・　年　・　月 | | | 職　　　歴 |
|  | 年 | 月 |  |
|  | 年 | 月 |  |
|  | 年 | 月 |  |
|  | 年 | 月 |  |
|  | 年 | 月 |  |
|  | 年 | 月 |  |
|  | 年 | 月 |  |
|  | 年 | 月 |  |
|  | 年 | 月 |  |
| 元号　・　年　・　月 | | | その他免許・資格等 |
|  | 年 | 月 |  |
|  | 年 | 月 |  |
|  | 年 | 月 |  |
|  | 年 | 月 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定薬剤師 | 1.取得している    認定薬剤師機関の名称：a　日本薬剤師研修センター  b　その他　（　　　　　　　　　）  取得・更新年月日：平成・令和　　　　　年　　月　　日  2.取得していない |
| 健康サポート薬局研修修了証の有無 | 有 （取得・更新年月日：平成・令和　　　年　　月　　日）・　 無 |
| 認定実務実習指導薬剤師認定証の有無 | 有 （取得・更新年月日：平成・令和　　　年　　月　　日）・　 無 |
| 薬局の管理薬剤師経験の有無 | 有 （経験年数　　　　年） 　・　 無 |
| 学校薬剤師経験の有無 | 有 （経験年数　　　　年）　 ・　 無 |
| ［特記事項］ | |