

要回答

令和3年8月6日

令和3年度第Ⅱ期実務実習受入薬局 各位

岩手県薬剤師会実務実習受入対策委員会
委員長 本田 昭二

薬局実務実習受入に関するアンケート調査について（お願い）

平素は、本会会務に格別のご高配を賜りまして厚く御礼申し上げます。

各位におかれましては、薬学生の長期実務実習受入にご尽力いただいております、当会としても感謝申しあげる次第です。

さて、当会では、薬学教育の一環としての薬局実務実習をより充実したものとするため、薬局実習の状況に関するアンケート調査を実施することといたしました。

つきましては、業務ご多忙のところ誠に恐縮ではございますが、下記の要領に基づき回答いただきますようお願い申し上げます。

記

「薬局実務実習受入に関するアンケート」の実施要領

目的： 薬局実務実習は、薬学教育の一環として行われることから、均質な内容が求められているが、受入施設等の環境が異なることもあり容易ではない。そこで、現状の問題点を把握し、今後の受入体制整備に向けてどのような対応が必要かを検討するために、薬局実務実習の状況について調査する。

方法： インターネットアンケート調査として実施する。
下記 URL のアンケートフォームより回答する。

<https://forms.gle/VH5hwNwuowDHRAJ99>

対象： 令和3年度第Ⅱ期に実習生を受け入れた薬局

回答期限： 令和3年8月20日（金）

問合せ先： 岩手県薬剤師会事務局（〒020-0876 盛岡市馬場町3-12 TEL019-622-2467）

担当： 熊谷明知

※回答時のお願い

1. 本調査は、受入学生の人数にかかわらず、1施設1回答お願いします。
2. 調査対象は、令和3年度第Ⅱ期の薬局実習です。
3. アンケートフォームより回答をお願いします。
回答が終了しましたら、必ず「送信」をクリックしてください。
「回答を記録しました。」と表示されれば正しく送信されています。
4. 回答期限は、8月20日（金）です。
5. 調査結果については、今後開催する研修会等で公表する予定ですが、その際、薬局名は判明しない形にいたします。
6. 本調査に係る個人情報、記載事項に不備があった場合の、確認・連絡等にはのみ使用させていただきます。本調査の目的以外に利用することはありません。