病院薬剤師出向依頼書

１　申請者の状況

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 連絡先 |  |
| 業務管理者職・氏名 |  |

2　要望する病院薬剤師業務支援

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項目 | 支援内容 | 見込まれる効果 |
| ① |  |  |
| ② |  |  |
| ③ |  |  |

※項目ごとに現状の課題等を踏まえて、具体的に記載すること。

※１つの項目で複数の取組を実施する場合は、支援内容等は取組ごとに分けて記載すること。

３　要望する体制整備支援

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項目 | 支援内容 | 見込まれる効果 |
| ① |  |  |
| ② |  |  |
| ③ |  |  |

※項目ごとに現状の課題等を踏まえて、具体的に記載すること。

※１つの項目で複数の取組を実施する場合は、支援内容等は取組ごとに分けて記載すること。

４　出向経費負担額（予定）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 費目 | 金額（円） | 積算基礎 | 費目該当例 |
| 給料、報酬、賃金 |  |  | 指導薬剤師及び代替薬剤師の  給料、報酬及び賃金 |
| 職員手当 |  |  | 指導薬剤師及び代替薬剤師の  各種手当 |
| 法定福利費 |  |  | 指導薬剤師及び代替薬剤師の給料、賃金に係る社会保険料（健康保険料、厚生年金保険料、雇用保険料等） |
| 旅費 |  |  | 指導薬剤師の出向先医療機関への出張費、学会参加費 |
| 事務費 |  |  | 事業実績報告書作成費  消耗品費、備品購入費 |
| 合計 |  |  |  |