病院薬剤師出向実施計画書

１　申請者（出向先医療機関）の状況

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 二次医療圏名 |  |
| 連絡先 |  |
| 業務管理者職・氏名 |  |
| 薬剤師が不足している状況 |  |

２　出向元医療機関の状況

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 連絡先 |  |
| 業務管理者職・氏名 |  |
| 出向先の保健医療機関を  選定した理由 |  |

３　出向薬剤師の状況

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名・年齢 | （　　　歳） | | | | 薬剤師業務経験年数 | 年 |
| 薬剤師名簿登録番号 | 第　　　　　　　　号 | | 薬剤師名簿登録年月日 | | 年　　　月　　　日 | |
| 出向期間 | 令和　　　年　　　月　　　日 　から 　令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | |
| 居住地 |  | | | | | |
| 出向先への  移動手段 | 公共交通機関 |  | | | | |
| 自家用車（片道） | Km | | その他 |  | |
| 出向のための  転居の有無 | 有　・　無 | 転居予定日 | | 令和　　　年　　　月　　　日 | | |
| 転居先住居 | |  | | |
| 転居先からの  移動手段 | 公共交通機関 |  | | | | |
| 自家用車（片道） | Km | | その他 |  | |
| 加入薬剤師賠償責任保険の  補償期間 | |  | | | | |

※複数人で出向期間を分ける場合は全員分を記載すること。

４　病院薬剤師業務支援計画

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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。

５　体制整備支援計画

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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。

６　経費所要額

1. 積算額

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |  |  |

７　その他事項

|  |
| --- |
|  |