別紙１

**経　　　歴　　　書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学 位 |  | ふ　り　が　な |  | | 生年月日 | 年　　月　　日 |  |
| 氏　　名 |  | |
| 現住所 | |  | | | | |
| 最終学歴 | |  | | | | |
| （ 主 な 職 歴 ） | | | | | | |
| 期　　間  年　月～年　月 | | 職　　　　　　歴 | | | | |
|  | |  | | | | |
|  | |  | | | | |
|  | |  | | | | |
|  | |  | | | | |
|  | |  | | | | |
| （薬剤師免許取得日）  （薬剤師免許取得日） | |  | | | | |
| ※新規開設薬局の場合、過去に管理者（管理薬剤師）として勤務した自立支援医療機関について、次の欄に具体的に記載してください。 | | | | | | |
|  | | 自立支援医療機関名 | | 所在地 | | |
| 期　　間  年　月～年　月 | |  | |  | | |
| 年　月～年　月 | |  | |  | | |

※　記載枠が不足する場合は、適宜、別紙に記載してください。