提出日　　　　年　　　月　　　日

認知症研修認定薬剤師　訪問報告書（１例まで）

所属　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名前

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. 訪問先 | ①訪問先　施設名 |  |
| ②訪問先　サービス内容 |  |
| ③訪問先　特徴 |  |
| 2．感　想 | （８００字以上） | |
| 3．薬剤師が  　　職能を発揮できること | （８００字以上） | |

平成27年11月13日作成　Vol.1

※「3例以上の症例報告」のうち、1例までは施設訪問報告を含めても構いません。

※ メールの件名を「認知症WS施設報告(氏名)」　とご記載の上、左記の宛先([psdtrt@ps-japan.org](mailto:psdtrt@ps-japan.org))へご提出を

お願いします。