

学校薬剤師募集のお知らせ

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素より、会務運営に関しご協力いただき感謝申し上げます。

さて、藤沢市薬剤師会では、来年度より藤沢市立小・中学校の学校薬剤師としてご協力いただける**薬剤師**を下記の要項にて募集しております。会員である皆様のご協力を是非ともお願いいたします。

敬具

勤務場所 藤沢市立小・中学校

資格 藤沢市薬剤師会会員の方

- ・現在、非会員の方はご入会いただき（藤沢市在住又は在勤の方）、その後、ご応募ください。
- ・薬局または病院に勤務されている方は、勤務先の許可が得られることが必要です。
- ・管理薬剤師の方は、保健所への兼務届が必要となりますのでお知らせ下さい。
- ・10年以上継続していただきたいので60歳未満の方（70歳定年制です）にお願いします。

勤務内容

- ①飲料水検査 年1回（4～6月）
 - ②照度検査 年2回（4～6月・10～11月）
 - ③教室の空気検査 年2回（6～9月・1～2月）
 - ④プール水質検査 年1.2回（7～8月）
 - ⑤学校給食室検査 年3回（学期毎、小学校のみ）
 - ⑥その他 担当校の要望に応じて 追加検査・くすりの授業など
- ・薬事センターにて年5回（1,4,6,7,10月）例会がありますので、出席をしていただきます。

報酬 担当校の藤沢市非常勤職員となる為、藤沢市の規定による。

問合せ・応募先 藤沢市薬剤師会事務局まで、所定の履歴書と承諾書(別紙有)を持参又は郵送
〒251-0052 藤沢市藤沢921番地 藤沢市薬事センター
TEL 0466-22-8664

採用 書類選考、面接の上、藤沢市薬剤師会理事会・学校薬剤師部会役員会にて協議し採否を決定します。なお、初年度は研修期間として検査に同行していただく場合があります。

承諾書について 藤沢市薬剤師会HP[学校薬剤師募集]より、ダウンロードが出来ます。
複数個所に勤務されている方は、勤務数分の承諾書が必要となります。

承 諾 書

(一社) 藤沢市薬剤師会会長 殿

私は、当薬局(病院)の勤務者である _____が
藤沢市立小中学校の学校薬剤師業務に従事することになった場合、
その勤務を承諾いたします。

年 月 日

施 設 名 _____

代表者氏名 _____ 印