

休日夜間診療調剤協力薬剤師・事務員募集について

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。

藤沢市薬剤師会では、休日夜間診療調剤にご協力いただける薬剤師および事務員を下記の要綱で募集しています。

敬具

募集要綱

勤務場所・時間 (20分前までに出勤のこと)

- *南休日夜間急病診療所(藤沢市医師会館内) 藤沢市片瀬 339-1
 - ・土曜日 18時~23時
 - ・日曜・祝祭日 9時~17時 / 18時~23時
- *藤沢市こまよせ薬局(保健医療センター内) 藤沢市大庭 5527-1
 - ・平日 20時~23時
 - ・土曜日 18時~23時
 - ・日曜・祝祭日 9時~17時 / 18時~23時

応募資格

薬剤師: 下記、1と2の条件を共に満たす方

1. 藤沢市薬剤師会会員の方

現在非会員の方は、藤沢市在住又は在勤であれば入会后、ご応募いただけます。

2. 薬局または病院に勤務しており、勤務先開設者の承諾書が取れる方

管理薬剤師の方は、保健所への管理者兼務許可申請書の提出をする。

※高度医療機器販売管理者も管理薬剤師同様、管理者兼務許可申請書の提出が必要です。

事務員: 店舗運営協力会員の薬局に勤務しており、勤務先開設者の承諾書が取れる方

※ 薬剤師・事務員ともに70歳定年制です

勤務条件 月1~2回 毎月継続的に勤務すること

- ・年末年始・5月連休の勤務もお願いしております(割り当て制依頼)
- ・新規勤務に際し、研修があります(レセプト: EM システムズ Recepty NEXT)
- ・薬剤師は南休日・こまよせ薬局両方の勤務ができる方
- ・事務員はこまよせ薬局にて日・祝の昼または平日夜間の勤務になります
- ・年に1回(全体)研修会がありますのでご参加ください

報酬 当会休日夜間診療調剤報酬規定による。交通費一律支給(個人に支給)。

応募 当会事務局に電話連絡後、所定の履歴書(写真貼付/志望動機)・誓約書・承諾書を郵送またはご持参ください

送付先: 〒251-0052 藤沢市藤沢 921 番地 休日夜間事務担当者宛

TEL: 0466-22-8664

採用 休日夜間診療調剤委員会(偶数月開催)にて協議のうえ、ご連絡いたします

この事業は藤沢市・藤沢市医師会・藤沢市保健医療財団からの委託事業です

履歴書

年 月 日 現在

写真を貼る位置

写真を貼る必要がある場合

1. 縦 36～40mm
横 24～30mm
2. 本人単身胸から上
3. 裏面のりづけ

| | |
|--------------|------|
| フリガナ | |
| 氏名 | |
| 年 月 日生 (満 歳) | 性別 |
| 現住所 〒 | 電話 |
| | FAX |
| メールアドレス | 携帯電話 |
| 勤務先名称 | |
| 勤務先 〒 | 電話 |
| 所在地 | FAX |

| 年 | 月 | 学歴・職歴 (各別にまとめて書く) |
|---|---|-------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

記入上の注意 1. 鉛筆以外の黒または青の筆記具で記入。 2. 数字はアラビア数字で、文字は崩さず正確に書く。

藤沢市薬剤師会

| 年 | 月 | 学歴・職歴（各別にまとめて書く） |
|---|---|------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| 年 | 月 | 免許・資格 |
|---|---|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

勤務区分 管理薬剤師 高度医療機器販売管理者

※管理薬剤師または高度医療機器販売管理者に該当する場合は、を入れてください。

志望の動機・自己PR など

ご要望・その他

誓約書

一般社団法人 藤沢市薬剤師会 会長 殿

年 月 日より休日夜間診療調剤に勤務するにあたり、下記の事項を遵守することを誓約いたします。

記

1. 休日夜間診療調剤内規・業務処理に関する諸事項を守り、毎月、誠実に勤務いたします。
2. 業務上の機密に属することについて、在職中はもちろん、退職後もこれを他に漏洩しません。
3. 指示された書類は遅滞なく送付いたします。
4. 住所変更・勤務先変更または退職の事実があれば直ちに連絡いたします。

以上

年 月 日

住所 _____

氏名 _____ 印

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
（一社）藤沢市薬剤師会の休日夜間診療調剤業務に従事することを
承諾いたします。

(報酬は勤務者本人の口座に振り込まれる)

年 月 日

勤務施設名称 _____

開設者法人名称 _____

開設者法人住所 _____

電 話 番 号 _____

開 設 者 氏 名 _____ 印