

平成 28 年 4 月

(一社) 藤沢市薬剤師会  
担当副会長 伊藤貞彦

## 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、非会員の方でも藤沢市在住又は在勤の方は、ご入会いただくことを条件に登録ができます。ご相談ください。
- ・ 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、履歴書と承諾書(別紙有)を持参又は郵送

〒251-0052 藤沢市藤沢 9 2 1 番地 藤沢市薬事センター

TEL 0466-22-8664

**採 用** 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

(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