

平成 29 年 1 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

(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