

施設情報登録・更新ガイド

2026.1.06

一般社団法人 薬学教育協議会
東海地区調整機構

<https://tokai-chousei.org/>

ログインID、パスワードがわかる場合は、
こちらからログインしてください。

三業連携で実現する質の高い実習

大学・病院・薬局が一体となって支援

ログイン方法がわからない場合は、こちらをまずご確認ください。

[初めにお読みください](#) →

本ホームページは、薬学生の実務実習を円滑に行うために、病院、薬局と大学間の連絡調整を行うためのものです。
実務実習受入れ施設としての登録方法や、認定実務実習指導薬剤師WS等への申込方法などは、上記及び「操作マニュアル」をご確認ください。

[現在募集中の
ワークショップ](#) →

[現在募集中の
座学](#) →

東海地区調整機構 認定実務実習 管理システム

サインインID

your@email.com 旧サイト登録メールアドレス

パスワード

[パスワード再発行はこちら](#)

旧サイトID

Info 初期パスワードは、旧サイトで「ID」として使われていたものになります。
セキュリティ上の為、ログイン後にパスワードを再設定することをおすすめいたします。

サインイン

OR

IDを忘れた
または登録メールアドレスが
使えなくなった方はこちら

クリック

ユーザーメニュー

施設情報登録

受入情報登録

資料アップロード/ダウンロード

サイトの推奨環境について

当サービスを快適にご利用いただくために、以下の環境でのご利用を推奨いたします。
また、JavaScript、Cookieが使用出来る状態をご利用ください。

推奨OS

- Windows 11 2024Update (バージョン24H2) 以上
- macOS 14以上
- iOS 18以上
- Android 14以上

推奨ブラウザ

- Microsoft Edge 131以上
- Google Chrome 127以上

受入情報

※病院は2期3期4期に受入人数を入力してください。案局は1期2期3期に受入人数を入力してください。

※案局は岐阜県・三重県・静岡県につきましては、受入人数の参考とさせていただきます。詳しくは所属の各県案剤師会にご確認ください。

	1期 (人)	2期 (人)	3期 (人)	4期 (人)
2025年度実習生受け入れ状況 (*1)(*2)	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
2026年度実習生受け入れ可能人数 (*1)(*2)	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>

*1 半角数字のみ有効

*2 数字で表せない補足事項は基本施設情報タブ内の「実務実習の記入欄」へご記入ください。



今回は、修正していただく必要はございません。改めて、
入力の依頼をさせていただきます。

* 必須

施設情報

基本施設情報

実習情報

認定指導薬剤師

医療機関コード

医療機関コード（番号）※を「, -」なし7桁の半角数字で ← 必須

施設名称*

全角で

施設名称(ふりがな)

全角ひらがなで

責任薬剤師*

認定指導薬剤師が複数名の場合は代表1名

郵便番号

ハイフンなしで半角7桁

所在地

県名から

所属地域

各薬剤師会での所属地区名

公共交通機関最寄駅からのアクセス

※ ○○○, □□□, △ ⇒ ○○○□□□△
○○, □□□□, △ ⇒ ○○□□□□△
○○-□□□□-△ ⇒ ○○□□□□△

法人名

実習施設の特徴

https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/tokaihokuriku/newpage_00287.htmlからご確認いただけます。

* 必須

実習契約責任者(病院長・理事長など)

薬剤部門長(薬剤部長など)

実務実習に関する連絡者名

連絡者電話番号

薬剤師数(常勤)(※1)

薬剤師数(非常勤)(※1)

処方せん枚数

前年度の月平均の枚数を記入してください。

病棟数(※1)

診療科数(※1)

病床数(※1)

実務実習モデル・コアカリキュラム到達目標

実務実習の記入欄(一部不可の場合の対処方法)

協力薬局の有無

協力薬局

連絡者メールアドレス(ログインID) *

ログインパスワード *

基本情報はできるだけ入力してください。

全て入力後、必ず登録ボタンをクリック

変更した場合は、必ず控えをとってください。

閉じる

登録

施設情報

基本施設情報

実習情報

認定指導薬剤師

実習施設での具体的な実習内容とスケジュール

- ・ 実習初日
集合時間：
集合場所：
- ・ 実習内容
- ・ スケジュール
- ・ 施設見学等の予定 など

- ・ 実習情報として雛型が入力されています。
- ・ 雛型を参考にしてご施設の実習内容に修正してください。
- ・ 不要な記載は削除してください。

代表的な疾患の体験予定

がん

の要望

高血圧症

糖尿病

実習施設から大学への要望

心疾患

脳血管障害

精神神経疾患

その他

免疫・アレルギー疾患

感染症

その他

入力後、必ず登録ボタンをクリック

閉じる

登録

施設情報

* 必須

基本施設情報

実習情報

認定指導薬剤師

Info 最大12名まで

No. 1

氏名 *

姓と名の間は全角1文字
スペース

実務経験

経験年数を半角数字のみ

認定番号(1)

認定番号(2)

認定期限

yyyy - mm - dd

認定機関

薬学教育協議会 (又は 日本薬剤師研修センター)

アドバンス
トWS また
は新コアカ
リのWSの受
講履歴

複数名の場合は、追加
をクリックして同様に
入力

⊕ 認定指導薬剤師 追加

全て入力後、必ず登録
ボタンをクリック

閉じる

登録