

2025 年 2 月 12 日

練馬区薬剤師会
会長 伊澤 慶彦 様

慶應義塾大学
薬学部長 有田 誠

1 年生の薬局見学について（依頼）

拝啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。平素は本学部の薬学教育に格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、本学 1 年生の必修科目「早期体験学習」における薬局の見学実習につきまして、2025 年度もぜひ学生のご指導をお願いいたしたく、下記のとおりお願い申し上げます。本来ならば直接お伺いしてお願い申し上げるべきところ、書中でのご連絡となりますことをお許しください。

薬局の見学実習をお引き受けいただけます場合は、大変お手数ではございますが、本件について各薬局様にお伝えいただきたく存じます。薬局様にご記入いただく別紙承諾書を同封いたしましたので、よろしくお取り計らいくださいますようお願い申し上げます。ご回答いただいた内容に基づいて実習日程を調整し、4 月中旬頃に正式な依頼状をお送りいたします。

何卒よろしくお願い申し上げます。

敬具

記

- 1) 対象学年 : 薬学部薬学科 1 年生
- 2) 見学日時 : 5 月 13 日 (火)、5 月 20 日 (火)、5 月 27 日 (火)、
6 月 3 日 (火)、6 月 10 日 (火)、6 月 17 日 (火)
上記 6 日間、各日 14 : 30 以降の訪問を予定しております。
お受け入れいただける日程につきまして、各薬局様から別紙承諾書にご記入いただき、3 月 14 日 (金) 迄に FAX にてご連絡をお願いいたします。
なお、調整の結果、複数日にわたり受け入れをお願いする場合がございます。
あらかじめご了解いただきますようお願い申し上げます。
- 3) 見学方法 : 1 店舗につき 2 名程度のグループ見学 (学生のみで移動します)

薬局ごとの依頼書などの「受け入れに必要な書類」「注意事項およびその他連絡事項 (白衣、上履き、名札は持参します)」がございましたら、あわせてお知らせください。

以上

本件問合せ先 : 慶應義塾大学薬学部 学生課 鈴木、山本、木下 (TEL 03-5400-2793)

2025 年 月 日

慶應義塾大学
薬学部長 有田 誠 殿

住所 〒

施設名

承 諾 書

2025年2月12日付で依頼のあったカリキュラムとして実施する1年生の薬局見学の受け入れについて承諾します。なお、見学が可能な日程等は、下記のとおりです。

記

1. 見学日程について（可能な日程に○を付してください）

	日程	見学可能な時間帯
1	5月13日（火）	
2	5月20日（火）	
3	5月27日（火）	
4	6月3日（火）	
5	6月10日（火）	
6	6月17日（火）	

2. 1回に見学可能な学生の人数 _____ 名
3. 注意事項およびその他連絡事項（白衣、上履き、名札は持参します）

4. 本件のご担当者様

お名前

電話番号

FAX番号

FAX 03-5400-2633 3月14日（金）迄にご連絡をお願いいたします

（本件問合先：慶應義塾大学薬学部 学生課 鈴木、山本、木下 TEL 03-5400-2793）

以上