**麻薬教育認定薬剤師　推薦書**

|  |
| --- |
| 一般社団法人　日本緩和医療薬学会  代表理事　殿  申請者氏名：  　上記の者は、当施設に勤務する薬剤師であり、医療用麻薬の適正使用と不正薬物の  乱用防止に関する深い知識を有し、広く国民に麻薬に関する教育・普及活動を行うこと  ができるスキルを有しております。  　よって、上記の申請者を貴会の麻薬教育認定薬剤師にふさわしいと考え、ここに推薦いたします。  　　　　　　　　　　　　　記入日（西暦）：　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　施設名：  　　　　　　　　　　　　　職名：  ㊞  　　　　　　　　　　　　　氏名： |

※施設名はゴム印等可、氏名の押印はシャチハタ可

|  |
| --- |
| その他、特記すべき事項があれば、記入して下さい。 |