**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。 |