緩和医療専門薬剤師研修施設　　・様式1（表紙）

新規申請用

**第4回日本緩和医療薬学会認定**

**緩和医療専門薬剤師研修施設　申請書類**

ふりがな：

施設名称：

ふりがな：

施設長名：　　　　　　　　　　　　　公印

自施設に所属している緩和医療暫定指導薬剤師、または申請中の薬剤師

|  |  |
| --- | --- |
| **■代表者** |  |
| 会員番号 | 709－　　　－　　　　(709から始まる10ケタの数字) |
| ふりがな |  |
| 氏　　名 |  |
| **■在籍者** | ※以下は、2名以上いる場合のみご記載ください |
| 会員番号 | 709－　　　－　　　　(709から始まる10ケタの数字) |
| ふりがな |  |
| 氏　　名 |  |

（行が足りない場合は追加してご記載ください。）

※施設名称・施設長名はご入力または印刷後判子にて記載可とします。