緩和医療専門薬剤師研修施設　　・更新様式1（表紙）

更新申請用

**日本緩和医療薬学会認定**

**緩和医療専門薬剤師研修施設　認定更新申請書類**

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専門薬剤師あるいは緩和医療暫定指導薬剤師

|  |  |
| --- | --- |
| **■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。