**麻薬教育認定薬剤師　認定申請書**

|  |  |
| --- | --- |
| 申請年月日（西暦） | 年　　月　　日 |
| 会員番号 | 709 |
| （ふりがな）  申請者氏名 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ㊞ |
| 生年月日（西暦） | 年　　月　　日　（　　　歳） |
| 現住所 | 〒 - |
| 勤務先・部署・職名 |  |
| 勤務先住所 | 〒 - |
| 勤務先電話番号 |  |
| 認定証の発送先 | 現住所　　　 勤務先　　どちらかチェックしてください |
| 薬剤師名簿（免許） | 登録番号：第　　　　　　　　　号  登録年月日： |
| 略歴  （大学卒業時から） |  |
| 緩和医療や医療用麻薬に関する実務、研究あるいは教育に携わった経験 |  |
| 提出書類・認定申請料  ※準備できたものに☒  ※①～④はPDF化して  　1つのファイルにする  ※10単位は麻薬教育用  　の単位です。緩和薬  物療法認定薬剤師用  の単位と異なります | ①麻薬教育認定薬剤師 認定申請書（本申請書）  ②薬剤師免許の写し  ③所属する施設や部門長等の推薦書（様式3）  ④LMSより出力した下記を含む受講修了証  麻薬教育認定薬剤師10単位取得分（過去5年以内）  麻薬教育認定薬剤師e-ラーニング講習  麻薬教育認定薬剤師 研修会（過去5年以内）  麻薬教育認定薬剤師 認定試験（過去2年以内）  ⑤認定証用顔写真（解像度250dpi以上、jpgまたはjpeg形式）  　 ※申請前3ヶ月以内に本人のみ、無帽・正面・上半身が撮影されたもの  ⑥認定申請料の振込（振込先は申請マニュアルに明記） |

※申請者氏名の押印はシャチハタ可