緩和薬物療法認定・更新保留様式２

更新保留用

**緩和薬物療法認定薬剤師　更新保留申請書**

|  |  |
| --- | --- |
| 申請年月日（西暦） | 　　年　　月　　日 |
| （ふ り が な）申 請 者 氏 名 | 　（　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 生年月日（西暦） | 　　年　　月　　日　　（　　　　　歳） |
| 性 別 | 　男　・　女　　（○を付けて下さい） |
| 現　住　所 | 〒□□□-□□□□ |
| 勤 務 先 ・ 所 属職 名 |  |
| 勤務先所在地同　Tel・Faxメールアドレス | 〒□□□-□□□□Tel: ( ) - ( ) - ( ) ・ Fax: ( ) - ( ) - ( )E-mail 　＠  |
| 緩和薬物療法認定薬剤師 | 認定番号：第　　　　　号認定期間：　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日 |
| ＜保留理由＞ ＜保留理由の証明＞　　　　　　　　　　　　　　　　　　上記の保留理由に偽りのないことを証明します。　　　　年　　月　　日　　施設名（病院・薬局）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属長(薬剤部長・開設者等)[自署]　　 　　　　　　　　　　　印 |

※１：緩和薬物療法認定薬剤師認定証の写しを必ず添付してください。

※２：申請者が所属長の場合は、施設長による証明として下さい（シャチハタ可）。

※３：休職・留学の証明書などは不要です。本書類が証明書類となります。