緩和薬物療法認定・様式３－２（保険薬局薬剤師用）

新規申請用

**緩和医療に従事していることの証明書**

|  |
| --- |
| 　　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、本薬局において、（西暦）　　　　　年　　月から　　□　現在まで　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□（西暦）　　　　　年　　月まで　　合計　　年　　ヶ月間、薬剤師として緩和医療領域に従事していたことを証明します。　　　　　　　　　　　　　　　　　（西暦）　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　薬局名　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　（麻薬小売業免許番号　　　　　　　号）　　　　　　　　　　　　　開設者名（自署）　 　　　　　　　　　公印　　 |

|  |
| --- |
| 連携医療機関証明欄　上記の者は、本医療機関と連携して、緩和医療領域を担当していたことを証明します。　　　　　連携医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名（自署）　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　 |

※１：開設者名は個人名を自署し、公印または個人認印を押印のこと。開設者名欄へ○○株式会社等法人名を記載する場合は、公印を押印のこと。連携医療機関医師の押印はシャチハタ可。

※２：前任施設での従事期間がある場合は、施設毎に本様式を複写して作成して下さい。