緩和医療専門薬剤師認定・様式２

新規申請用

（本書式の内容はWEB申請システムに直接ご入力いただきます

　PDFアップロードではなく参考文書です）

**緩和医療専門薬剤師認定申請書**

|  |  |
| --- | --- |
| 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 　＠ |
| 日本緩和医療薬学会 | 会員番号：709－　　　－ |
| 緩和薬物療法  認定薬剤師  （右記全てWEBシステムにて自動表示） | 認定番号：第　　　号  認定取得日：　　　年　　月　　日  最新の認定期間： 　　年 　月 　日～ 　　年 　月 　日 |
| その他の認定薬剤師  該当するものについて有効な最新（更新）番号を入力して下さい | ・日病薬病院薬学認定：第　　　　　　号  ・日本薬剤師研修センター認定：第　　　　　　号  ・日本医療薬学会医療薬学専門：第　　　　　号  ・薬剤師認定制度認証機構により認証されたその他の  生涯研修認定（　　　　　　　認定）：第　　　　　　号 |
| 申請時直近5年間のうち  1）緩和医療従事期間  2）講習会・教育セミナー等履修単位 | 1）合計 　　年　 　ヶ月の従事  2）合計　　　単位 |
| 研修を受けた  緩和医療専門薬剤師研修施設① | 名称：（WEBシステムにて選択）学会HPにて研修施設名簿公開あり  認定期間：（WEBシステムにて自動表示）  研修期間： 　　年 　月 ～ 　　年 　月 |
| 研修を受けた  緩和医療専門薬剤師研修施設② | 名称：（WEBシステムにて選択）学会HPにて研修施設名簿公開あり  認定期間：（WEBシステムにて自動表示）  研修期間： 　　年 　月～ 　　年 　月 |
| 研修を受けた  緩和医療専門薬剤師研修施設③ | 名称：（WEBシステムにて選択）学会HPにて研修施設名簿公開あり  認定期間：（WEBシステムにて自動表示）  研修期間： 　　年 　月～ 　　年 　月 |
| 緩和医療専門薬剤師研修施設での  研修期間合計 | 合計　　　　年　　　ヵ月 |

※緩和医療薬物療法認定薬剤師と、その他の認定薬剤師の認定証の写しが必要です。