**日本緩和医療薬学会 地域緩和ケアネットワーク研修施設申請書**

|  |  |
| --- | --- |
| 申請年月日（西暦） | 　　年　　月　　日 |
| 施設名称ふりがな |  |
| 施設名称 |  |
| 薬剤部門長名ふりがな |  |
| 薬剤部門長名 |  | 　印 |
| ※施設名称・薬剤部門長名はご入力または印刷後判子にて記載可、薬剤部門長名の印はシャチハタ可■自施設所属の緩和医療専門薬剤師・緩和医療暫定指導薬剤師・緩和薬物療法認定薬剤師 |
| 研修責任者該当の□にチェック | [ ]  緩和医療専門薬剤師　　　　[ ]  緩和医療暫定指導薬剤師[ ]  緩和薬物療法認定薬剤師 |
| 会員番号 | 709 |
| 氏名ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 所属部署名・役職 |  |
| 所属施設住所 | 〒 |
| 所属施設電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 在籍者該当の□にチェック | [ ]  緩和医療専門薬剤師　　　　[ ]  緩和医療暫定指導薬剤師[ ]  緩和薬物療法認定薬剤師 |
| 会員番号 | 709 |
| 氏名ふりがな |  |
| 氏名 |  |

※在籍者の行が足りない場合は在籍者～氏名を追加してください