緩和医療専門薬剤師研修施設：変更様式1

指導者変更用

**緩和医療専門薬剤師研修施設　指導者（薬剤師）変更届**

一般社団法人　日本緩和医療薬学会

代表理事　殿

下記の通り、指導者（薬剤師）変更届を提出いたします。

年　　月　　日

施設名称：

病院長名：　　　　　　　　　　　　　公印

|  |  |
| --- | --- |
| **認定施設情報** |  |
| 施設名称 |  |
| 認定番号 |  |
| 薬剤部長等 |  |
| 認定期間 | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 |
| 認定開始日 | 年　　月　　日 |
| **指導者変更日** | 年　　月　　日 |
| **追加：指導者** |  |
| 会員番号 | 709－　　　－　　　　(709から始まる10ケタの数字) |
| 氏名 |  |
| 認定番号 |  |
| 資格 | 暫定指導薬剤師　・　専門薬剤師　・　指導薬剤師  （該当資格に○をつけてください） |
| **削除：指導者** |  |
| 会員番号 | 709－　　　－　　　　(709から始まる10ケタの数字) |
| 氏名 |  |
| 認定番号 |  |
| 資格 | 暫定指導薬剤師　・　専門薬剤師　・　指導薬剤師  （該当資格に○をつけてください） |