緩和薬物療法認定・様式２

新規申請用

**緩和薬物療法認定薬剤師認定申請書【再受験用】**

|  |  |
| --- | --- |
| 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 　＠ |
| 薬剤師名簿（免許） | 登録番号：第　　　　　号　登録年月日：　　年　月　日 |
| 日本緩和医療薬学会 | 会員番号：709－　　　－ |
| 認 定 薬 剤 師  該当するものについて有効な最新（更新）番号を記入して下さい | ・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  ・日本医療薬学会認定：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 |
| 緩和ケアチーム  緩和ケア病棟 | 緩和ケアチーム：有・無（○を付けて下さい）  緩和ケア病棟：有・無（○を付けて下さい） |
| 緩和医療従事期間（西暦） | 年　月から現在まで（合計　　年　　ヶ月）従事  （うち、前任施設での従事がある場合の期間：　　年　 月 〜　年　月） |
| 講習会・教育セミナー  （前回申請以降） | 講習会・教育セミナー・学会等の履修単位  合計　　　　単位 |

※取得している認定薬剤師の認定証の写しが必要です。