緩和薬物療法認定・様式３－１（病院・診療所薬剤師用）

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、本施設において、　　（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　　　　　　　　　　　　　施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　所属長名（自署）　　　　　　　　　　　　印 （薬剤部長など）　 |

|  |
| --- |
| その他、特記すべき事項があれば、記入してください。 |

※１：申請者が所属長の場合は、施設長による証明としてください（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ください。