緩和薬物療法認定・様式６

新規申請用

**所　属　施　設　長　の　推　薦　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、本施設に勤務する薬剤師であり、緩和医療領域に造詣が深く、　　関連領域における高度かつ広範な知識・技能を備え、豊富な経験を有する　　人材であります。また、申請者は、本施設内における患者の症状緩和を　　目的とした連携・協働によるチーム医療の活動経験も十分であります。　　　よって、上記の申請者を貴会の認定制度による緩和薬物療法認定薬剤師に　　ふさわしいと考え、ここに推薦いたします。　　　　　　　　　　　　　　　　　　（西暦）　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設長名（自署）　　　　　　　　　　　　　　公印　　　　　　　　　　　　（開設者名） |

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

※保険薬局の場合、開設者名は個人名を自署し、公印または個人認印を押印のこと。開設者名欄へ○○株式会社等法人名を記載する場合は、公印を押印のこと。