緩和医療専門薬剤師研修施設・様式１-２

**認定施設に常勤する緩和医療指導薬剤師・専門薬剤師**

**緩和医療暫定指導薬剤師：勤務状況**

報告年月日（西暦）：　　　　年　　月　　日　　　　施設名：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 日本緩和医療薬学会会員番号 | 責任者(1名のみ☑) | 勤務期間（常勤） | 長期休職・休暇期間 | 緩和医療指導薬剤師・専門薬剤師・緩和医療暫定指導薬剤師認定番号 |
|  | 自 | ～ | 至 | 自 | ～ | 至 |  |
| **<記載例>**○○　○○○ | 709－　　　－ | □ | 2009/04 | ～ | 2025/05 | 2010/10 | ～ | 2010/12 | 　緩和医療暫定指導薬剤師　IA20\*\*\* |
| 　 | 　 | □ | 　 | ～ | 　 | 　 | ～ | 　 | 　 |
| 　 | 　 | □ | 　 | ～ | 　 | 　 | ～ | 　 | 　 |
| 　 | 　 | □ | 　 | ～ | 　 | 　 | ～ | 　 | 　 |
| 　 | 　 | □ | 　 | ～ | 　 | 　 | ～ | 　 | 　 |

注：指導する薬剤師が不在となった場合は、必ず資格返上届（変更様式2）を提出ください。