緩和医療専門薬剤師研修施設：変更様式2

資格返上用

**緩和医療専門薬剤師研修施設　資格返上届**

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、資格返上届を提出いたします。

年　　月　　日

施設名称：

施設長名：　　　　　　　　　　　　　公印

|  |  |
| --- | --- |
| **認定施設情報** |  |
| 施設名称 |  |
| 認定番号 |  |
| 認定期間 | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 |
| 認定開始日 | 年　　月　　日 |
| **資格返上情報** |  |
| 認定返上日 | 年　　月　　日 |
| 返上理由  （該当するものに〇をつけて下さい） | ・緩和医療専門薬剤師、緩和医療指導薬剤師、緩和医療暫定指導薬剤師がいずれも不在になった  ・施設認定の要件を満たさなくなった  ・その他（　　　　　　　） |
| **指導薬剤師** | （研修施設認定時に「指導者」として登録している会員の情報） |
| 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） |