緩和医療専門薬剤師認定・様式６

新規申請用

**病　院　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、当院に勤務する薬剤師であり、緩和医療領域における  薬物療法と緩和ケア等についての高度な知識・技術・態度を用いて、  緩和医療を必要とする患者さんに、質の高い緩和医療を実践しております。  　　　よって、上記の申請者を貴会の認定制度による緩和医療専門薬剤師に  　　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  　　　　　　　　　　　　 病院長（自署）　　　　　　　　　　　　公印 |

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