緩和医療専門薬剤師認定・様式３

新規申請用

**緩和医療領域の臨床業務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  ・緩和薬物療法認定薬剤師  　認定取得日（西暦）　　　　　　　年　　月　　日  　　最新の認定期間（西暦）　　　　年　　月　　日　～　　　年　　月　　日  　・上記の者は、申請時直近5年間のうち、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の臨床業務に  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。

※３：認定取得日は、申請システム様式２にて確認可能です。