

# がん専門薬剤師研修事業応募申請書

様式 1

ふりがな		※ 管理番号
氏 名	Ⓜ	
生年月日	昭和 年 月 日生 ( 歳) 男 ・ 女	
所属団体 所属学会	<input type="checkbox"/> 日本病院薬剤師会 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
資 格	(認定薬剤師, その他)	
発表論文等	発表論文	
	学会報告	
	その他	
研修 希望施設	第1希望	
	第2希望	
	第3希望	
貴施設における業務内容	<input type="checkbox"/> 病院薬剤師の実務経験年数 年 <input type="checkbox"/> 注射抗がん剤調製経験 ○ 有 ○ 無 <input type="checkbox"/> がん患者への薬剤管理指導業務経験 ○ 有 ○ 無 (有の場合 約 件) <input type="checkbox"/> TDM業務経験 ○ 有 ○ 無 <input type="checkbox"/> ICT, NST, 緩和ケアチームなどの活動への参加経験 ○ 有 ( 年) ○ 無 以下, 具体的に現在の業務内容を記載してください。	

- (記載要領) 1 当該欄は楷書で正確にもれなく記入すること。(※印の欄を除く)  
 2 黒インクを用い, 数字は算用数字で記入すること。

本籍	都道府県	現住所 (連絡先)	〒	Tel	( )
学歴	大学薬学部 昭・平 年 月 日入学, 昭・平 年 月 日卒業 大学大学院 昭・平 年 月 日入学, 昭・平 年 月 日卒業				
研修歴・勤務歴	勤務期間		施設名		部科名
	昭・平 年 月 日～昭・平 年 月 日				
	昭・平 年 月 日～昭・平 年 月 日				
	昭・平 年 月 日～昭・平 年 月 日				
	昭・平 年 月 日～昭・平 年 月 日				
	昭・平 年 月 日～昭・平 年 月 日				
	昭・平 年 月 日～昭・平 年 月 日				
	昭・平 年 月 日～昭・平 年 月 日				
薬剤師免許	登録 昭和・平成 年 月 日 第 号				
賞罰	1 無 ・ 2 有 (内容)				
健康状態 (既往歴)					

所属施設

施設名					
所在地	〒				Tel
施設の種別	<input type="checkbox"/> 地域がん診療連携拠点病院 <input type="checkbox"/> 全がん協加盟施設 <input type="checkbox"/> 特定機能病院 <input type="checkbox"/> 一般病院 <input type="checkbox"/> その他 ( )				

\* この申請書は,研修施設決定後に研修生の情報として研修施設に提供いたしますので  
 予めご了承下さい。

# 所属施設長の推薦書

様式2

(社)日本病院薬剤師会

会長 伊賀 立二 殿

申請者氏名 \_\_\_\_\_

上記のものは、本施設の職員であり、がん医療に造詣が深く、また施設内におけるがん薬物療法に関わる職務経験が十分であることから、貴研修事業にふさわしいと考え推薦いたします。

施設名 \_\_\_\_\_

施設長名 \_\_\_\_\_ (印)

平成 年 月 日