指導薬剤師更新・様式２

**病院における実務経験等の証明書**

|  |
| --- |
| 　　一般社団法人　日本病院薬剤師会　御中　　　　　　申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　上記の者は、日病薬認定指導薬剤師の認定期間中に、病院における実務経験が継続して３年以上あり、かつ、日病薬認定指導薬剤師の更新申請日において、病院における実務経験が継続して１年以上であることを証明します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属長名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（直筆の場合、押印は不要です） |

|  |
| --- |
| その他、特記すべき事項があれば、記入して下さい。 |