妊婦・授乳婦薬物療法認定・様式２

妊婦・授乳婦の薬剤指導業務に従事していることの証明書

|  |
| --- |
| 一般社団法人　日本病院薬剤師会  　妊婦・授乳婦専門薬剤師部門認定審査委員会　御中  申請者氏名  　　　上記の者は、本施設において、　　　　　　年　　　月　から   * 現在まで * 年　　月まで   　　　　薬剤師として、妊婦・授乳婦の薬剤指導業務に従事していたことを証明します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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。 |

※１ 「妊婦・授乳婦の薬剤指導」とは、妊婦・授乳婦に対する薬物療法の胎児毒性・乳児毒性に関する評価・カウンセリング、妊娠と薬情報センター利用による妊婦・授乳婦カウンセリング等である。

※２　日病薬の研修施設において３年以上、妊婦・授乳婦の薬剤指導に従事している場合には、従事期間を証明してください。

※３　複数の施設をまたぐ必要がある場合には、本様式を複写し、前任施設での従事期間も含めて証明してください。

※４　妊婦・授乳婦専門薬剤師養成研修の修了者は、自施設において妊婦・授乳婦の薬剤指導に従事している期間を証明してください。

※５　医学・薬学系大学院博士課程修了者（４年制課程に限る・社会人大学院を除く）にあっては、個別審査の上、「薬剤師としての実務経験年数」及び「妊婦・授乳婦薬物療法の従事年数」に、２年を算入することができますので、妊婦・授乳婦に関する博士論文のコピー及び、大学院修了証明書のコピーを提出してください。