精神科認定・様式２

精神科領域における薬物療法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  　精神科専門薬剤師部門認定審査委員会　御中  申請者氏名  　　　　　本施設は、精神科を標榜する病院または診療所もしくは精神科の処方せんを  応需している保険薬局であり、  また、上記の者は、本施設において、　　　年　　　月　から   * 現在まで * 年　　　月まで   薬剤師として精神科領域における薬物療法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、記入してください。 |

※１　精神科領域における薬物療法へ従事した期間（3年以上となるように）を証明してください。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。

※２　申請者本人が所属長の場合は、施設長の証明としてください。

※３　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）は、個別審査の上、「薬剤師としての実務経験年数」及び「精神科薬物療法従事年数」に、２年を算入することができますので、精神科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。