がん薬物・様式-２

がん薬物療法に従事していることの証明書

|  |
| --- |
| （一社）日本病院薬剤師会  　がん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  または □ 年 月まで  薬剤師としてがん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：がん薬物療法への従事した期間（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「がん薬物療法従事年数」に、2年を算入することができますので、がん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。