外来がん治療専門認定・様式1

外来がん治療専門薬剤師（BPACC）認定の申込書

一般社団法人 日本臨床腫瘍薬学会 理事長 殿

貴法人の規則に基づき、外来がん治療専門薬剤師の認定を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申 請 日 | 年　　　　　月　　　　日 |
| 申請者名 |  |
| 申請者会員番号 |  |
| 外来がん治療認定薬剤師（APACC）  認定番号 |  |

以下を確認し、チェックをしてください。

□　認定証発行に必要な申請者情報は、学会ホームページより電子登録をしました。

□　すべての申請内容、記載事項について虚偽は一切ありません。

□　勤務施設へ事実確認のため本学会から問い合わせを行う場合があることに同意します。

□　理由の如何を問わず、虚偽が認められた場合は、認定取得前にさかのぼって認定を  
取り消すことに同意します。

この用紙と共に、以下５点を同封し郵送します。

□　様式2-1「実務に5年以上従事していることの証明書」

□　様式2-2「所属施設長の同意書」

□　取得している外来がん治療認定薬剤師（APACC）認定証の写し（A4ｺﾋﾟｰ、ﾓﾉｸﾛ可）

※合格したばかりで認定証が発行されていない場合は、合格通知の写し

□　がん診療病院連携研修の修了証の写し、または、がん診療病院連携研修を修了したとみなす認証の写し

□　薬剤師免許証の写し(A4版に縮小コピー)

□　以上すべて、漏れがないことを確認しました

(申請者自筆署名)

外来がん治療専門認定・様式2-1

実務に従事していることの証明書

|  |
| --- |
| （一社）日本臨床腫瘍薬学会  　認定制度委員会　御中  申請者氏名  上記の者は、本所属施設（本薬局）において、  　　 　年　　月から、 □　現在まで  □　　　 年 月まで  薬剤師として実務に従事していたことを証明します。  年　　　月　　　日  所属施設名（または薬局名）  所属施設長 役 職  所属施設長 氏名（または薬局開設者名）　　 　　 　　　　　　　　　 　㊞ |

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

※ 1　外来がん治療専門薬剤師の認定には、病院、診療所または薬局において薬剤師としての実務の経験を5年以上有することの証明が必要です。

※ 2　複数施設での合算で医療機関および薬局での薬剤師としての実務経験5年を満たす場合、全ての

　施設分の本様式が必須となります。この用紙を複写して使用してください。

※ 3　所属施設長とは病院であれば病院長（あるいは理事長）、薬局の場合は薬局開設者を指します。

※ 4　所属施設長名の記名・押印について

所属施設長名は個人名、印鑑は公印（施設印・社印・役職者印）を原則とします。

個人印を使用する場合はシャチハタ不可。

外来がん治療専門認定・様式2-2

所 属 施 設 長 の 同 意 書

|  |
| --- |
| 一般社団法人 日本臨床腫瘍薬学会 理事長　殿  申請者氏名  上記の申請者は、本所属施設（本薬局）に勤務する薬剤師であり、  外来がん治療に造詣が深く、関連領域における高度かつ広範な知識・技術  を備え、豊富な経験を有する人材であります。  　よって、上記の申請者を貴会の認定制度による外来がん治療専門薬剤師に  ふさわしいと考え、ここに本認定手続きに関して同意いたします。  年　　月　　日  所属施設名（または薬局名）  所属施設長 役 職  所属施設長 氏 名（または薬局開設者名） 　　　　　　　　　　　　 　　 ㊞ |

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

※1　所属施設長とは病院であれば病院長（あるいは理事長）、薬局の場合は薬局開設者を指します。

※2　所属施設長名の記名・押印について

所属施設長名は個人名、印鑑は公印（施設印・社印・役職者印）を原則とします。

個人印を使用する場合はシャチハタ不可。