（一社）日本臨床腫瘍薬学会

理事長 殿

確認事項

　私は、以下のすべての事項に同意した上で、勤務歴の審査に申込みをします。

　文書を確認の上、すべての項目に☑を入れること。

□「勤務歴によりがん診療病院連携研修の修了と同等以上の知識を有すると認めるための基準」をよく読み、理解したうえで申請を行っています。

□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。

□勤務していた施設に、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、認証取得前にさかのぼって認証を取り消すことに同意します。

JASPO会員番号

所属施設名

　　　　　　　　　申請者（署名）