施設基準およびがん薬物療法に従事していたことの

証明書

|  |
| --- |
| （一社）日本臨床腫瘍薬学会  　理事長 殿  申請者氏名  　上記の者は、本施設において、  　　 　年　　　月から、□※１　　現在まで  □※１　 　年 月まで  がん薬物療法に従事していたことを証明します。  また、本施設は、上記の期間中において、令和4年3月までは外来化学療法加算１、令和4年4月以降は外来腫瘍化学療法診療料１の施設基準を届出ていたことを証明します。  西暦　　　　 年　　　月　　　日  所属施設名  所属長役職  所属長（自署） |

※１　当てはまる方にチェックをしてください。

※２　産休・育休、または業務配置変更等により、がん薬物療法に従事していない期間がある場合は、従事していない期間を除いて、複数列に分けて書くことで差し支えありません。ただし、証明時点でがん薬物療法に従事していない場合は要件を満たしません。

※３　施設基準を満たしていない期間がある場合は、満たしていない期間を除いて、複数列に分けて記載してください。ただし、証明時点で施設基準を満たしていない場合は要件を満たしません。

※４　証明内容に虚偽が認められた場合は、同じ施設で認められている認証等の取り消しを行う場合があります。