外来がん治療認定・様式3-1

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　外来がん治療認定薬剤師　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。2024(令和6)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　　 　　 　　　　　　　　　 　㊞(病院の場合：病院長、薬局の場合：薬局開設者、その他：代表取締役、を指す) |

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

※ 1　複数施設での合算で実務経験３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。

複写して使用してください。

※ 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。

外来がん治療認定・様式3-2

所 属 施 設 長 の 同 意 書

|  |
| --- |
| （一社）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認定薬剤師にふさわしいと考え、ここに本認定手続きに関する諸事項に同意いたします。 2024（令和6)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 　　　　　　　　　　　　 　　 ㊞(病院の場合：病院長、薬局の場合：薬局開設者、その他：代表取締役、を指す) |

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

※ 1　諸事項とは、審査・試験申請、薬学的介入事例の提出、認定時の登録などに関する

すべての手続きのことを言う。

※ 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。

外来がん治療認定・様式3-3

がん患者への薬学的介入実績の要約に関する誓約書

外来がん治療認定薬剤師の申請において、がん患者を対象とした薬剤管理指導の実績として50症例以上を有し、これらの中から外来のがん患者の薬学的介入実績の要約10事例分について、申請者本人が自ら携わったこと、および虚偽の記載がないことを誓約いたします。

2024(令和6)年　　　月　　　日

所属施設名

　　　　　　　　　（病院勤務の場合は病院名、保険薬局勤務の場合は薬局名・店舗名までを記載）

本人氏名

（ 自 筆 および 捺 印 ）