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 ）