

## 小児薬物療法認定薬剤師 小児医療に関わらない施設等への異動に係る申請書

日本薬剤師研修センター 理事長 殿

標題について、以下の通り申請致します。

申請者氏名	ふりがな 氏 名	性別	1. 男性 2. 女性
メールアドレス			
薬剤師名簿登録番号 認定番号 認定期間	薬剤師名簿登録番号 _____ 号 小児 第 _____ 号 認定期間： _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日		
勤務していた小児 医療に関わらない 施設の名称・所在地・在職期間	名 称： 所 在 地：〒  在職期間： _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日		
上記施設の種類 (○で囲む)	1. 行政機関、法人本部等 2. 小児（16歳以下）の入院処方箋、院内処方箋の合計が年間150枚以下の病院・診療所 3. 小児（16歳以下）の処方箋が年間150枚以下の保険薬局等		
必要書類等	1. 上記施設による以下の証明 2. 小児薬物療法研修手帳の最後のページ（氏名、住所等記載）の写しおよび受講シールが貼付されている全てのページの写し 3. 切手が貼付された返信用封筒（宛先・宛名を記載のこと）		

### <勤務していた施設による証明>

当方は上記施設分類に該当し、申請者が上記期間当方に勤務していたことを証明します。

施設名： \_\_\_\_\_

所在地：〒 \_\_\_\_\_

証明者職名・署名・捺印： \_\_\_\_\_

印