

地域薬学ケア専門薬剤師 研修修了証明書

研修者氏名 _____

研修者所属
(連携施設) _____

研修を行った
基幹施設 _____

研修期間 年 月 日 ～ 年 月 日

標記の研修者は、日本医療薬学会地域薬学ケア専門薬剤師研修コアカリキュラムに従つて、研修履修報告書に記載した研修を修了したことを証明します

証明書作成日
年 月 日

証明者：

がん指導薬剤師・医療薬学指導薬剤師・薬物療法指導薬剤師※

認定番号 _____

署名（証明者の自署）・捺印 _____ 印

※ 該当する指導者資格を○(マル)で囲み、認定番号を記載すること。又、署名及び捺印すること。

【注】証明者が基幹施設に在籍しない期間を含めることはできない。

指導薬剤師が変更となった場合や、複数の基幹施設での研修期間を合算する場合には、施設ごとに当該証明書を作成すること。