

地域薬学ケア専門薬剤師 研修修了証明書 兼 連携施設在籍証明書

研修者氏名 _____

研修を行った
連携施設 _____

研修期間 年 月 日 ～ 年 月 日

在籍期間※1 年 月 日 ～ 年 月 日

休職期間

年 月 日 ～ 年 月 日

現在も在籍しています。

標記の者は、日本医療薬学会地域薬学ケア専門薬剤師研修施設（連携施設）の認定を受けた当施設に、上記の期間在籍し、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って、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※2：

地域薬学ケア専門薬剤師（暫定認定）・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

連携施設開設者名^{※3}

印

※1 現在も在籍している場合には、在籍期間欄の□にチェック（レ印）を付けること。

※2 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。
自施設に指導薬剤師が在籍していない場合は、地域薬学ケア専門薬剤師暫定認定者、又は地域薬学ケア
専門薬剤師認定制度規程第6条の3の（1）に適合し連携研修を実施している者（いずれも研修者本人
を含む）による証明でも良い。

※3 開設者の捺印は、開設者の法人印または認印。

【注】証明者が連携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、複数の連携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。