

がん専門薬剤師認定申請書  
(がん薬物療法認定薬剤師用)

申請年月日	平成 年 月 日
(ふりがな) 申請者氏名	( ) ⑩
生年月日 (満年齢)	昭和 年 月 日 ( 歳)
性別	男 ・ 女 (○を付けて下さい)
現住所	〒□□□-□□□□
勤務先・所属 職名	
勤務先住所	〒□□□-□□□□
同 Tel・Fax メールアドレス	Tel: ( )-( )-( ) ・ Fax: ( )-( )-( ) E-mail _____@_____
薬剤師名簿 (免許)	登録番号：第 号 登録年月日： 年 月 日
職能・学術団体等 該当するものについて有効な 会員番号を記入して下さい	日本病院薬剤師会： 日本薬剤師会： 日本医療薬学会： 日本薬学会：
	日本癌学会： 日本癌治療学会： 日本臨床腫瘍学会：
学会発表	回 (うち、発表者 回)
学術論文	編 (うち、筆頭著者 編)

注1：がん薬物療法認定薬剤師の認定証の写しを添付して下さい。

注2：がん専門薬剤師認定試験合格通知の写しを添付して下さい。

申請者氏名 \_\_\_\_\_

申請者所属施設名 \_\_\_\_\_

発表回数 \_\_\_\_\_回（うち、演者\_\_\_\_\_回）

**がん領域における学会発表リスト**  
(抄録・要旨集の該当部分の写しを添付して下さい)

発表者名 (本人に下線を付す)	発表演題名	学会名	年月 開催地

(注：用紙が不足する場合は、本様式を複写して使用して下さい。)

申請者氏名 \_\_\_\_\_

申請者所属施設名 \_\_\_\_\_

学術論文数 \_\_\_\_\_ 編（うち、筆頭著者 \_\_\_\_\_ 編）

がん領域における学術論文リスト  
(掲載決定され印刷中のものも含まれます)

著者名 (本人に下線を付す)	論文題名	学術雑誌名	巻・号 初頁～終頁

註1：掲載論文は、すべての頁の写しを添付して下さい。

註2：掲載決定済みであるが未発刊 (in press) の論文の場合は、掲載決定通知の写しを添付して下さい。

註3：上記の写しは、本リストに記載したすべての論文に関して添付して下さい。

註4：用紙が不足する場合は、本様式を複写して使用して下さい。

## 所 属 施 設 長 の 推 薦 書

(社) 日本病院薬剤師会  
会長 伊賀 立二 殿

申請者氏名 \_\_\_\_\_

上記の者は、本施設の常勤薬剤師であり、がん薬物療法に造詣が深く、  
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。また、申請者は、本施設内におけるがん専門医等の診療  
部門との連携・協同によるチーム医療の活動経験も十分であります。

よって、上記の申請者を貴会の認定制度によるがん専門薬剤師にふさわ  
しいと考え、ここに推薦いたします。

平成 年 月 日

施設名 \_\_\_\_\_

施設長名 \_\_\_\_\_ ⑩

その他、特記すべき事項があれば、記入して下さい。