

公益財団法人 小林がん学術振興会

第6回 がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師海外派遣事業  
応募申請書

申請日 平成 年 月 日

ふりがな 氏名	印	性別	男・女
英語表記			
生年月日	年 月 日		
E-mail			
現住所	〒	電話	
		FAX	
所属施設 部門名 役職名		電話	
		内線	
		FAX	
所属施設住所	〒		
所属施設の 種類 ■記入	<input type="checkbox"/> 都道府県がん診療連携拠点病院 <input type="checkbox"/> 地域がん診療連携拠点病院 <input type="checkbox"/> 全国がんセンター協議会加盟施設		<input type="checkbox"/> 特定機能病院 <input type="checkbox"/> 一般病院 <input type="checkbox"/> その他( )
	<input type="checkbox"/> 日本医療薬学会が認定するがん専門薬剤師研修施設 <input type="checkbox"/> 日本病院薬剤師会が認定する研修施設 <input type="checkbox"/> その他( )		
研修施設の 認定 ■記入			
学歴 大学卒業以後			
職歴 研修歴も含む			
薬剤師免許	登録番号	第	号
がん専門薬剤師	認定番号	認定期間	年 月 日～ 年 月 日
がん薬物療法認定薬剤師	認定番号	認定期間	年 月 日～ 年 月 日
学会会員等			

賞 罰	
健康状態	
英会話能力	資格（                      点数                      級） 短期留学経験（                      ） その他（                      ）                      詳しく具体的に記載する
原著論文	がん領域は全て、その他は 2005 年以降の論文を記載（学会の後抄録は含まない） 著者名（5 名以上は他）・題名・雑誌名・巻数・ページ数・年
学会報告	がん領域のみ 2009 年以降の発表を記載 発表者名（5 名以上は他）・題名・学会名・年
著書、総説	がん領域のみ 2009 年以降の発表を記載 著者名（5 名以上は他）・題名・雑誌名・巻数・ページ数（著書タイトル・分担部分）・年
過去の海外 渡航経験 学会、セミナー、 研修など	学会名、研修先名、期日などを記載、 （均てん化を図るために、原則、日本病院薬剤師会、日本医療薬学会等の公的助成を受けてがん 医療施設の見学に行った経験がない者を優先します。）

1 - 2 ページの枠の増減は自由

## 今回の応募について

応募動機	
専門領域	肺がん、乳がんなど、外来化学療法室など専門又は得意な領域等を記載
実地研修の目的	
シンポジウム参加の目的	

上記の通り、がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師海外派遣事業に応募申請致します。

申請者氏名 \_\_\_\_\_

## 推 薦 書

--

以上の理由より、申請者を推薦申し上げます。

平成 年 月 日

推 薦 者	所属施設所在地 〒	電話
	所属施設名 氏 名	役職
	印	

平成 年 月 日

公益財団法人  
小林がん学術振興会  
代表理事 森山 泰寿 殿

## 派遣承諾書

所属機関・施設の長	機関・施設名			
	所在地	〒		
	職名		氏名	職印

貴法人のがん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師海外派遣事業によって、当機関・施設所属の職員が下記の通り派遣されることが決定した場合には、派遣を承諾致します。

## 記

被派遣者	氏名		職名	
派遣期間	平成26年11月3日～平成26年11月9日			
派遣先	米国 New York City 実地研修 平成26年11月4日 Memorial Sloan-Kettering Cancer Center シンポジウム参加 平成26年11月5日～平成26年11月7日 The Chemotherapy Foundation Symposium			