精神科認定更新・様式２

精神科領域における薬物療法に従事していることの証明書

|  |
| --- |
| 一般社団法人　日本病院薬剤師会  　精神科専門薬剤師部門認定審査委員会　御中  申請者氏名  　　　　上記の者は、精神科薬物療法認定薬剤師の認定期間中に、以下のとおり  施設内において精神科に関する専門的業務に従事していたことを証明いたします。  施設内において精神科に関する専門的業務に薬剤師として  従事していた期間：  　　年　　月　　日から、 □　　　年　　月　　日まで  □現在まで  □上記の従事していた期間に、中断期間はありません。  □上記の従事していた期間に、下記の理由により、中断期間があります。  理由：  期間：  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　施設名  　　　　　　　　　　　　　　　所属長名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  直筆の場合、押印は不要です。 |

|  |
| --- |
| その他、特記すべき事項があれば、記入してください。 |

※1：複数の施設をまたぐ必要がある場合には、本様式を複写し、前任施設での従事期間も含めて証明してください。

※2：申請者が所属長の場合は、施設長の証明としてください。