精神科認定・様式5

所　属　施　設　長　の　推　薦　書

|  |
| --- |
| 一般社団法人　日本病院薬剤師会　会長　殿    申請者氏名  上記の者は、本施設の職員であり、精神科薬物療法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、本施設内における精  神科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精神科薬物療法認定薬剤師  にふさわしいと考え、ここに推薦いたします。  令和　　　年　　　月　　　日  施設名  施設長名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  直筆の場合、押印は不要です。 |

|  |
| --- |
| その他、特記すべきことがあれば、記入してください。 |