妊婦・授乳婦薬物療法認定・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、本施設の薬剤師であり、妊婦・授乳婦薬物療法に造詣が  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  有し、本施設内における診療部門との連携・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妊婦・授乳婦薬物療法認定  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。 |