HIV認定・様式２

HIV感染症患者に対する指導業務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  　HIV感染症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、本施設において、　　　　　　年　　　月　から   * 現在まで * 年　　月まで   　　　　薬剤師として、HIV感染症患者に対する指導業務に従事していたことを証明します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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、記入して下さい。 |

※１ 日病薬のHIV感染症薬物療法認定薬剤師養成研修施設において３年以上、HIV感染症患者の薬剤指導に従事している場合には、従事期間を証明してください。

※２ 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。

※３ 医学・薬学系大学院博士課程修了者（４年制課程に限る・社会人大学院を除く）にあっては、個別審査の上、「薬剤師としての実務経験年数」及び「ＨＩＶ感染症患者に対する指導従事年数」に、２年を算入することができますので、ＨＩＶ感染症に関する博士論文のコピー及び、大学院修了証明書のコピーを提出してください。