HIV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、HIV感染症の薬物療法及び、関連  領域における高度かつ広範な知識・技術を備え、豊富な経験を有する人材  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HIV感染症薬物療法  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、記入して下さい。 |