HIV感染症認定更新・様式２

HIV感染症に関する専門的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、HIV感染症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HIV感染症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HIV感染症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、中断期間はあります。  　　　　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、施設長の記名・押印としてください。