がん薬物・様式-５

所　属　施　設　長　の　推　薦　書

|  |
| --- |
| （一社）日本病院薬剤師会　会 長　殿  申請者氏名  上記の申請者は、本施設に勤務する薬剤師であり、がん薬物療法に造詣が  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  有する人材であります。また、本施設内におけるがん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あります。  　よって、上記の申請者を貴会の認定制度によるがん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、特記すべき事項があれば、記入してください。 |