精神科専門更新・様式２

精神科活動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  　精神科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、精神科専門薬剤師の認定期間中に、  以下の通り、施設内において精神科に関する専門的業務に従事していたこと、  および施設内・地域・学会等において精神科に関して指導的役割を果たしてきたこと  を証明します。  □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。 |

※　前任施設での従事期間がある場合は、本様式を複写して使用してください。

※　申請者本人が所属長の場合は、施設長の署名・押印としてください。