|  |
| --- |
| **本勤務証明は、実際の申請から遡って一か月以内のものであること** |

※勤務証明は、申請者よりもできるだけ職位が高い方が証明者として記載ください。

（病院であれば薬剤部局の長、保険薬局の場合は開設者または管理薬剤師など）本人がそれらに該当する場合は自らの証明でも結構ですが、可能であればさらに上の立場にある方の証明が望ましいです。

※証明者は申請者と同じ施設（または法人）に勤務している方に限ります。

認定実務実習指導薬剤師 勤務証明

一般社団法人　薬学教育協議会　代表理事　殿

私は申請者　　　　　　　　　　　≪申請者名を記入≫　が　　　　　年　　　　月　　　　日時点で

下記記載の勤務先において薬剤師実務※1に従事していることを証明します。

※1：病院又は薬局において勤務時間数が1週間当たり3日以上かつ20時間以上の場合に限る

記入日：　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **申請者情報** | 認定実務実習指導薬剤師  認定番号（8桁） | （更新の方のみ記入） |
| 氏名 |  |
| 勤務先名 |  |
| 勤務先所在地 | 〒　　　　－ |
| 勤務先TEL |  |
| 1週間当たり実務従事 | 日数：　　　　　　日／週 |
| 時間：　　　　　　時間／週 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **証明者情報** | 署名（自筆） |  |
| 勤務先名 |  |
| 部署・役職 |  |
| 勤務先所在地 | 〒　　　　－ |
| 申請者との関係 | 上司 ・ その他（　　　　 　　　　　） |