

**== 本勤務証明は、申請日から遡って1か月以内のものであること ==**

本勤務証明は、申請者が以下施設に勤務していることを同じ施設（または法人）に勤務している申請者よりも職位が高い方が証明者として記載してください。

※ただし、申請者本人が勤務先の長（病院であれば薬剤部局長、保険薬局の場合は開設者または管理薬剤師など）に該当する場合は自らの証明でも可。（可能であればさらに上の立場にあるの方が望ましい）

## 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(証明者)は申請者\_\_\_\_\_が \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日(証明日)時点で以下勤務先(病院または薬局)において薬剤師実務<sup>\*1</sup>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

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 (具体的な勤務先施設名)	
	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( _____ )
	記入日(自筆)	_____年 _____月 _____日

※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。