

【記入例】 申請日:2024年4月5日の場合

記載漏れがないよう、必ず全ての項目を記載してください。

== 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 薬学 協子 が 2024年 4月 3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^{※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

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) 12200000
	氏名	薬学 協子
	勤務先名 (具体的な勤務先施設名)	(株)薬教 CPE 薬局
	勤務先所在地	〒150 - 0002 東京都渋谷区渋谷 2-12-15 日本薬学会会長井記念館
	勤務先 TEL	03-6427-2292
	1週間当たり実務従事	日数: 5 日/週 時間: 40 時間/週
証明者情報	署名(自筆)	教育 学
	勤務先名	(株)薬教 CPE 薬局
	部署・役職	薬局長
	勤務先所在地	〒150 - 0002 東京都渋谷区渋谷 2-12-15 日本薬学会会長井記念館
	申請者との関係	上司・その他()
	記入日(自筆)	2024年4月3日

申請者と証明者が同一の勤務先であることを第三者が分かるように記載してください

1週間当たりの実務従事
合計日数・時間を記載
してください

必ず証明者が手書き
してください

記入日は証明日以降の
日付を必ず証明者が
手書きしてください

※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。

例) 申請者と証明者が同一法人内の別施設の場合
→ それぞれの『勤務先名』に法人名を記入する

申請者 : (株) ▼△ AB薬局◇◇店
証明者 : (株) ▼△ BB薬局□□店