**２０２０年度　保険薬局薬剤師 がん薬物療法臨床研修　応募申請書**

私は、募集要項に記載されている研修応募資格を満たしており、この申請書に記載した事項に相違ありません。

写　　真

・上半身、脱帽、正面向で半年以内に撮影したもの。

・写真 貼付してください。

縦4.0cm×横3.0cm

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | 　 | 性別 |  |
| 氏　名 |  | 印 |
| 生年月日 | 　　　年　　　　　月　　　　　日　生　 | 年齢 |  | 歳 |
| 現住所 | 〒　　　 |
| 　 |
|
| 電話番号 | 　 |
| ＦＡＸ番号 | 　 |
| 緊急連絡先 | 　 |
| メールアドレス | 　 |

|  |
| --- |
| ◇薬剤師としての実務経験年数　：　　　　　　年　　　　　ヶ月◇保険薬局におけるがん患者に対する薬剤指導及び薬物治療モニタリング経験年数　：　約　　　　　　年--------------------------------------------------------------------------------◇入院－外来のシームレスながん治療のため、あなたが薬剤師として心掛けていることを４００文字程度で述べてください。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 学歴 | 大学薬学部　　　　　年　　　月　　　日入学　・　　　　　年　　　月　　　日卒業　大学大学院　　　　　年　　　月　　　日入学　・　　　　　年　　　月　　　日卒業　 |
| 研修歴・勤務歴 | 研修・勤務期間 | 施設名等 | 役職 |
| 年　 月　 日～ 　　年　 月　 日 |  |  |
| 年　 月　 日～ 　　年　 月　 日 |  |  |
| 年　 月　 日～ 　　年　 月　 日 |  |  |
| 年　 月　 日～ 　　年　 月　 日 |  |  |
| 年　 月　 日～ 　　年　 月　 日 |  |  |
| 年　 月　 日～ 　　年　 月　 日 |  |  |
| 年　 月　 日～ 　　年　 月　 日 |  |  |
| 年　 月　 日～ 　　年　 月　 日 |  |  |
| 薬剤師免許 | 登録年月日　　　　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　　日 |
| 資格 | （認定薬剤師、その他）　 |
| 健康状態（既往歴） | 　 |

現在の所属機関 （勤務先）

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 | 　　 |
| 所在地（連絡先） | 　〒 |
| 　　 |
| 電話番号 | 　　 |
| 開設者氏名（法人にあっては名称） | 　　 |