**(公財)日本リウマチ財団リウマチ登録薬剤師登録申請書**

共通

令和　　年　　月　　日

**公益財団法人 日本リウマチ財団 代表理事　殿**

私はリウマチ財団登録薬剤師に登録をしたいので、必要書類ならびに審査料を添えて申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな | 男　　・　 女 |
| 氏　名㊞ | 生 年 月 日 |
| 昭和 ・ 平成　　　年　 　月　 　日　　　　　　　 　　　　 　　　　歳 |
| 勤務医療（教育）機関名 | 医療系の他の資格等（例：薬剤師認定制度の認定薬剤師等） |
| 同上所在地 〒（　　 　－ 　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 　　　　　　　電話：　　　－　　　　－　 　　（内線：　　　　）　FAX： |
| 　　　　　　　E-mail ：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 氏名・所属医療機関等名の財団ホームページ・名簿への公開について（いずれかに○印）　　諾 　・ 　否 |
| 自宅住所 〒（　　　 －　 　　　） |
| 　　　　　　　電話：　　　－　　　　－　 　　　　　FAX： |
| 　　　　　　　E-mail ： |
| 添付書類＊提出書類番号に○を付す。 | 1　履歴書 2　薬剤師免許証（コピー）3　リウマチ性疾患薬学的管理等従事歴4　リウマチ性疾患薬学的管理指導患者名簿10例（抗リウマチ薬の調剤3例以上を含む）5　リウマチ性疾患薬学的管理指導記録　　 　5例（抗リウマチ薬の調剤3例以上を含む）6 教育研修単位取得証明書一覧表（単位取得証明書：原本）7 治験等※業務従事証明書8　災害時リウマチ患者支援事業（実地訓練）従事証明書9　教育研修単位充当一覧表（発表・論文）（証明書類：コピー）10 リウマチ性疾患に関する医療薬学教育講義・実習等記録（シラバス）11　院内研修記録（講師・指導者用）12　院内研修記録（受講者用）13 リウマチ財団登録医等推薦取得困難理由書 |
| 推薦医師署名欄□内にレ点をお願いします | 推薦医師名　(署名捺印)　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 所属医療機関等名および診療科名・職位 |
| □日本リウマチ財団登録医 □日本リウマチ学会リウマチ専門医 □日本整形外科学会認定リウマチ医 |

※　郵送物の送り先（いずれかに○印）　　　1　勤務先　　2　自宅

※　申請書提出後、異動のあった場合はお知らせ下さい。

※　申請書等の個人情報はリウマチ財団登録薬剤師制度のためにのみ使用します。

※　自宅E-mailは連絡事項等のため、財団内のメーリングリストに登録させていただきます。

No.TY