様式　１－１

※登録番号

　（※は記入しないで下さい）

災害登録派遣薬剤師　新規登録名簿

|  |  |
| --- | --- |
| ※登　録　年　月　日 | 　　平成　　年　　月　　日 |
| 都道府県病薬名 | 　　　　　　　　　　　　　　　病院薬剤師会 |
| （ふ　り　が　な）申　請　者　氏　名 | 　（　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 生年月日（満年齢） | 　　　　　　年　　月　　日　（　　　　　歳） |
| 性　　別 | 　男・女　　　（○を付けてください） |
| 現　住　所同　Tel・Faxメールアドレス携帯電話番号携帯電話メールアドレス | 〒□□□－□□□□Tel：( )-( )-( ) ・ Fax：( )-( )-( )E-mail @ Tel：(　　　)-(　　　)-(　　　)E-mail @  |
| 勤務先・所属職　　名 |  |
| 勤　務　先　住　所同　Tel・Faxメールアドレス | 〒□□□－□□□□Tel：( )-( )-( ) ・ Fax：( )-( )-( )E-mail @  |
| 薬剤師名簿（免許） | 登録番号：第　　　　　　　号　　登録年月日：　　年　　月　　日 |
| 日病薬会員No. |  |
| 災害医療に関する研修の受講歴 | □あり（該当する内容にチェックし、受講証明を添付してください）・内容　□DMAT隊員養成研修□日本災害医学会災害薬事研修コース（PhDLS）□日本災害医療薬剤師学会災害支援薬剤師養成研修会　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□受講歴なし又は不明 |

　上記の薬剤師を、日本病院薬剤師会災害登録派遣薬剤師に登録することを承諾いたします。

施設名

施設長　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

所属長　役職

所属長　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞