**一般社団法人 日本褥瘡学会**

**褥瘡・創傷専門薬剤師 養成臨床研修申込書**

申請日：　　　　年　　　月　　　日

一般社団法人　日本褥瘡学会施

理事長　須釜　淳子　殿

このたび、日本褥瘡学会　褥瘡・創傷専門薬剤師制度の申請における要件である臨床実習に

ついて、申込みいたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | |
| 申請者氏名 | ㊞ | | |
| 生年月日（西暦）・性別 | 年 　　　 月 　　 日生　　　（男・女） | | |
| 会員番号 |  | | |
| 認定資格 | □褥瘡認定師　　　　　　（認定年月日　　　　　　　　　）  □在宅褥瘡・予防管理師　 (認定年月日　　　　　　　　　) | | |
| 薬剤師免許番号 |  | | |
| 所属施設 |  | | |
| 所属部署 |  | | |
| 所属住所 | 〒 - |  | |
| TEL： - - （内線） | | FAX： - - |
| 自宅住所 | 〒 - |  | |
| 連絡先電話番号 | TEL： - - | | |
| E-mailアドレス | @ | | |
| 臨床研修実施希望施設 | 第一希望  第二希望 | | |

※臨床研修実施施設については、ホームページ上の臨床施設リストからご記入ください。必ず、第一希望、第二希望の両方をご記入いただけますようお願いします。なお、マッチング調整によっては、ご希望に添えない場合もあります。

※臨床研修実施日については、研修実施施設とのマッチング後に臨床研修実施施設担当者と直接ご相談いただきます。