

周術期管理チーム薬剤師 受験申請 提出書類確認リスト

下記1～6が全て揃っていることを確認し、2017年6月30日17時必着、追跡可能な方法で神戸事務局宛にご送付ください。書類の到着確認は致しかねます。また、期日を過ぎて書類が到着、書類不足、免許情報の誤り等、資格要件を満たさない場合は、書類審査において不合格となりますので、ご注意ください。

| | |
|------|--|
| 登録ID | |
| 氏名 | |

| 確認 | 提出書類 | 部数 | チェックポイント |
|--------------------------|---------------------------------|---------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 1 様式1(受験申請書) | 1部 | ・手書きで記入していないか？(手書きの追記、変更は不可) |
| <input type="checkbox"/> | 2 写真票 | 1部 | ・写真が表示されているまたは貼付しているか？ ・写真は規格外ではないか？ |
| <input type="checkbox"/> | 3 薬剤師免許証の写し | 1部 | |
| <input type="checkbox"/> | 4 様式2(職務経歴書) | 1部 | ・手書きで記入していないか？(手書きの追記、変更は不可。署名NO欄以外) ・周術期関連業務となる職歴について、当該施設長の証明を取得(署名欄への記載・押印)をしているか？ ・周術期関連業務として申請した職歴の署名NO.欄に、対応する署名NO.を漏れなく記載しているか？(周術期関連業務以外は署名NO欄への記載は不要) ・施設名・施設長の記載および公印は押印しているか？ |
| <input type="checkbox"/> | 5 様式3(管理チーム薬剤師申請書) | 1部 | ・手書きで記入していないか？(手書きの追記、変更は不可) |
| <input type="checkbox"/> | 6 日本麻酔科学会主催ならびに共催するセミナーの受講証明書写し | 1で申請の受講歴件数分(1件以上必須) | ・受講証明書であるか？(領収書は不可) |

【提出書類 送付先】

〒650-0047 兵庫県神戸市中央区港島南町1丁目5番2号 神戸キメックセンタービル3階

公益社団法人 日本麻酔科学会「周術期管理チーム薬剤師 受付係」行

※複数申請者の同梱は不可 ※料金不足は受取拒否となります