様式　１－２

平成３０年●●月●●日現在

災害登録派遣薬剤師　登録確認書  
（病薬名　　　　　　　　　：登録番号　　　　　　）

・下記の災害登録派遣薬剤師について、登録の①継続可否をご記入ください。

・継続可能である場合は、引き続いて次の２項目についてご記入ください。

②災害医療に関する研修の受講歴：現在の登録内容をご確認いただき、新たに追加する受講歴の有無をご記入ください。新たに追加する受講歴がある場合は、受講証明の写しを添付してください。

③変更情報：登録情報に変更がある場合は該当項目にチェックしていただき、様式３をご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **登録者氏名**  **（所属施設名）** | 1. **継続可否** | 1. **災害医療に関する研修の受講歴** | 1. **変更情報** |
| 氏名  （施設名　　　　　　　　　） | □継続可  □辞任 | 【現在の登録内容】現在の登録内容を転記してください。  最終受講歴：  【追加の受講歴】  □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 | □現住所変更  □所属施設変更  □氏名変更  ※変更項目がある場合、  様式３をご記入ください |