**特定非営利活動法人 日本緩和医療学会**

**《 認定医申請書：臨床経験期間証明書 》**

　　年　　月　　日

申請者　　　　　　　　　　　　　　　は、

西暦　　　　　年　　　月から　　　　　年　　　月まで当施設において

下記に記載の通り、専門的緩和ケアの業務に従事していたことを証明します。

**・専門的緩和ケアの現場：**

**（ 緩和ケア病棟・病床 / 緩和ケアチーム / 在宅緩和ケア / その他の病院や診療所等 ）**

　※該当する項目に全てに「○」を付けてください。いずれも該当しない場合、要件を満たしません。

**・エフォート率：　　　　％**

※エフォート率の例…専従：100%、専任：50%、週 1 日の兼任：20%、週半日の兼任：10％

また下記事項について同意します。

・記載内容に疑義が生じた場合あるいは無作為に抽出された場合は、下記の署名者および施設長へ学会より事実確認の照会を行うことがあること

・記載内容に虚偽が判明した場合には、申請者に不合格、受験資格の剥奪、認定取り消し等の措置がなされること

　上記の専門的緩和ケアの部門に専従・専任する**申請者以外の**医師または看護師

職種（医師・看護師）　**※いずれかに〇をつけてください**

　署名（**自署**）

**※必ず申請者以外の署名をもらってください**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設長　　　　　　　　　　　　　　　　公印