様式第１号（第４条関係）

鳥取県中山間地域医療人材（薬剤師）確保・育成事業　登録薬剤師申請書

　　　　年　　　　月　　　　日

　鳥取県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　（申請者）

病院名

代表者名

所在地

電話番号　　　　　　　－　　　　　－

　次の者から鳥取県中山間地域医療人材（薬剤師）確保・育成事業実施要綱第４条の規定により登録申請が提出されました。

　下記の者は当院に所属する薬剤師であり、同要綱による育成プログラムを実施したいので、登録薬剤師として登録いただくようお願いします。

==========================================================================================

　　　　年　　　　月　　　　日

　　　　　　病院長　様

　（申請者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（〒　　　－　　　）

住　　所

氏　　名

電話番号　　　　　　　　－　　　　　　－

　私は、鳥取県中山間地域医療人材（薬剤師）確保・育成事業実施要綱第４条による登録薬剤師の登録を受けたいので、県に提出していただくようお願いします。

　なお、登録薬剤師の要件への適合状況等は下記のとおりです。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 登録薬剤師の要件への適合状況※該当する項目の□欄に✔をしてください。 | * ①地域病院又は基幹病院に勤務している薬剤師であること。
* ②助成対象奨学金を借り入れ、返還予定又は返還中であること。
* ③育成プログラムを満了する意向があること。
* ④申請日における年齢が３５歳以下であること。
 |
| 個人情報の取扱 | □育成プログラムの実施に当たり、基幹病院、地域病院及び県の間で申請者の個人情報を共有することについて同意します。 |

※　裏面の履歴書も記載すること。

（裏面）

履歴書

年　　　月　　　日現在

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名年齢 | （ふりがな） |
|   |
| 年 　　　　月 　　　　日生（満　　　　歳）　　　　  |
| 現住所 | （ふりがな） |
| 〒 |
| （電話） |
| 連絡先（現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入） | （ふりがな） |
| 〒 |
| （電話） |
| メールアドレス |  |
| 出身地 | ※高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県名を記載してください。 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年 | 月 | 学歴・職歴 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年 | 月 | 免許・資格 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |