様式第３号（第７条関係）

鳥取県中山間地域医療人材（薬剤師）確保・育成事業

育成プログラム満了報告書

令和　　　　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　　　　　　　－　　　　　－

　当院所属の登録薬剤師が、鳥取県中山間地域医療人材（薬剤師）確保・育成事業実施要綱に基づく育成プログラムを満了しましたので、同要綱第７条の規定に基づき、下記のとおり届出します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 登録薬剤師の氏名 |  |
| 育成プログラム満了日 | 　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |

注）次の資料を添付すること。

・地域病院及び基幹病院それぞれにおける就業日数の内訳がわかる資料。

・基幹病院の研修を満了したことがわかる資料。