

長野県立こども病院

小児・周産期薬物療法研修条件確認書

地方独立行政法人長野県立こども病院（甲）と小児・周産期薬物療法研修生（乙）は、研修実施に関する取り決めを、下記のとおり行うものとする。

研修内容	小児・周産期薬物療法研修
研修日程	年 月 日（ ）～ 年 月 日（ ）
活動支援金	■なし
交通費	■なし
確認事項 (受入団体・研修生 両者でご確認頂き、全ての項目ご とに、確認頂いたら、レ点チェックをお願 いします。)	<input type="checkbox"/> 研修条件確認書（本紙）を記入しました。 <input type="checkbox"/> 研修申込書を記入しました。 <input type="checkbox"/> 薬剤師免許証（写し）または施設の推薦状を確認しました。 <input type="checkbox"/> 小児・周産期薬物療法誓約書を記入しました。 <input type="checkbox"/> 個人情報保護及び秘密保持並びに情報機器利用に関する誓約書を記入しました。 <input type="checkbox"/> 感染症状を確認しました。
特記事項	

上記の通り、研修の条件を確認する。

(甲) 研修受入機関名

担当氏名（署名）

地方独立行政法人長野県立病院機構 印

県立こども病院薬剤部

(乙) 研修生 氏名・所属施設名等

氏名（署名）：

／所属施設名（所属）：

(原本は当院が保管、コピー一部を研修生が保管)