推 薦 書

一般社団法人 日本老年薬学会 代表理事 殿

　申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（署名又は記名押印）

　上記の申請者について、日本老年薬学会の認定制度による老年薬学指導薬剤師にふさわしいと考え、ここに推薦いたします。

西暦　　　　　　年　　　　月　　　　日

推薦者の施設名

役職名

推薦者の氏名　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（署名又は記名押印）

＊推薦者は、本学会役員（理事、監事、評議員）、所属長（病院長あるいは施設長等）、保険薬局においては開設者のいずれかであること