○○○○醫院 藥劑主管推薦函

○○○ 藥師 身分證字號：

服務於本院藥劑部(科/室)，並於下列單位提供藥事照護服務：

□「重症加護病房團隊」

自民國 年 月 日起至民國 年 月 日止，已確認過去1年內，實際參與加護病房團隊至少6個月。

□「一般病床團隊」**(限地區醫院填寫)**

自民國 年 月 日起至民國 年 月 日止，已確認過去1年內，實際參與一般病床團隊至少6個月。

□「門診臨床」**(限地區醫院填寫)**

自民國 年 月 日起至民國 年 月 日止。

特此證明

藥劑部門印章

推薦人

藥劑部(科/室)主管 ○○○

中華民國 年 月 日