認定書式３

西暦　　　　　年　　月　　日

NPO法人健康サロン 代表理事　殿

**推　薦　状**

　下記の者は、貴NP0法人 医療連携薬剤師･認定制度による認定薬剤師として、優れた人格および識見を備えているものとして推薦致します。

推薦人

所属施設名

所属施設管理者名 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

被推薦人

氏　名

所　属

会員番号