

抗菌化学療法認定薬剤師制度 認定申請書

【 新 規 】

※申請番号 _____

(※欄は記入しないで下さい。)

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ

申請者氏名 _____ (印) 氏名ローマ字表記： _____

生年月日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

学会会員番号： _____ 薬剤師免許取得年月日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

勤務先名：所属の部・科までご記入下さい

勤務先住所：〒 _____

勤務先 TEL： _____ 勤務先 FAX： _____

自宅現住所：〒 _____

自宅 TEL： _____ 自宅 FAX： _____

E-mail：普段お使いのものをご記入ください。

学歴・職歴：

_____ 年 _____ 月 _____ 大学 _____ 学部卒業

_____ 年 _____ 月 _____

_____ 年 _____ 月 _____

_____ 年 _____ 月 _____ 現在に至る

申請単位数： _____ 点 (60単位以上)

申請料振込み控えと薬剤師免許証のコピーを同封し、
書式 1 の申請者氏名横にご捺印を忘れずにお願いいたします。

※ 両面印刷不可

抗菌薬適正使用生涯教育セミナー出席記録（必修 15 単位）

抗菌薬適正使用生涯教育セミナー・ビデオセミナー・e-learning について下記に記載し、参加証・単位証明のコピーを同封すること。

申請者： _____

セミナー名	開催日・修了日	点 数
【記載例】 第〇回 抗菌薬適正使用生涯教育セミナー	〇年〇月〇日	15
合計点		

- ※ 1日コース：30点、半日コース：15点
- ビデオセミナー：平成20年度30点、平成21～24年度20点、平成25～27年度30点
- e-learning：平成28年度30点、平成29年度より20点

本委員会の主催するプログラム出席記録

抗菌化学療法認定薬剤師講習会（選択 10 点）について下記に記載し、参加証コピーを同封すること。

申請者： _____

講習会名	開催日	点 数
【記載例】 第〇回 抗菌化学療法認定薬剤師講習会	〇年〇月〇日	10
合計点		

本学会主催：本委員会が指定したプログラム出席記録

本学会が主催する抗菌薬適正使用に関連したプログラムの本委員会が指定したプログラム（選択 10 点）について下記に記載し、参加証コピーを同封すること。

申請者： _____

開催日	学会名など	シンポジウム名など	点 数
【記載例】 ○年○月○日	西日本支部総会	シンポジウム○「○○○○○」	10
○年○月○日	その他	耐性菌シンポジウム○○○○	10
			合計点

※ 学術集会（総会・東日本支部総会・西日本支部総会）以外で行ったプログラムは、“学会名など” 欄には「その他」と記載ください。

本学会の主催する学術集会出席記録（必修 5 単位）

日本化学療法学会の学術集会参加（総会・東日本支部総会・西日本支部総会）について下記に記載し、学会参加証ネームカード（名前記載欄・参加証明部分を含むネームカード全体）のコピーを同封すること。なお、ネームカードは名前部分のない参加証明書や領収書部分のみの場合は単位無効です。

申請者： _____

学会名・開催地	開催日	点 数
【記載例】 第〇回日本化学療法学会東日本支部総会 <div style="text-align: right;">開催地：新潟</div>	〇年〇月〇日～〇月〇日	5
合計点		

※ 制度設立（平成 20 年 6 月 7 日）以降のものが有効です。

本委員会の指定する関連学会の学術集会出席記録

関連学会の学術集会参加について下記に記載し、学会参加証ネームカード（名前記載欄・参加証明部分を含むネームカード全体）のコピーを同封すること。なお、ネームカードは名前部分のない参加証明書や領収書部分のみの場合は単位無効です。関連学会については細則3を参照してください（2点）。

申請者：_____

関連学会名・開催地	開催日	点 数
【記載例】 第〇回日本〇〇学会年会 開催地：京都	〇年〇月〇日～〇月〇日	2
		合計点

※ 制度設立（平成 20 年 6 月 7 日）以降のものが有効です。

※ 日本 TDM 学会、日本医療薬学会が該当する。

本学会以外主催：抗菌薬適正使用に関連したプログラム出席記録

本委員会が指定する認定学術集会への出席（2点）と本学会以外が主催する抗菌薬適正使用に関連したプログラム（5点）が該当する。本委員会が指定する認定学術集会は参加証の原本を、その他は参加証のコピーを同封すること。

申請者： _____

開催日	講習会名・学会名・プログラム名	点数
【記入例】 ○年○月○日	第○回○○学会総会学術講演会 シンポジウム○「○○○○」	5
○年○月○日	第○回 ○○研究会	2
		合計点

- ※ 制度設立（平成 20 年 6 月 7 日）以降のものが有効です。
- ※ 日本感染症学会「症例から学ぶ感染症セミナー（2点）」は第 9 回より対象外です。

※申請番号 _____

症例一覧 (15 症例)

※本書式を複写して使用してください。

症例番号 : _____ 申請者 : _____

患者背景	症例介入・情報提供内容の要約 (薬剤管理・TDM・DI・その他) 介入に関する記述にアンダーラインを付けて明示してください。
<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院	
<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
年齢 :	
体重 :	
感染症名 :	
原因菌 :	
※症例項目にチェック	
<input type="checkbox"/> 抗菌薬選択 <input type="checkbox"/> 投与方法	
<input type="checkbox"/> TDM <input type="checkbox"/> 副作用	
<input type="checkbox"/> 相互作用 <input type="checkbox"/> 禁忌等	
<input type="checkbox"/> その他()	
考 察	

※ホームページに掲載の「症例一覧の記載上の注意事項」を必ずお読みください。

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

公益社団法人日本化学療法学会 御中

推 薦 状

申請者氏名 _____

上記の者は、添付の書類の通り感染化学療法に深く貢献し、また感染化学療法知識・技能が十分であることから、抗菌化学療法認定薬剤師にふさわしいと考え推薦いたします。

該当する推薦者に○印をつけてください

推薦者： 施設長 ・ 日本化学療法学会評議員

推薦者所属

推 薦 者 名



※ 推薦者が施設長（病院長）の場合には 施設の公印 をご捺印下さい。

抗菌化学療法に関わっていることの施設証明書

申請者氏名： _____

上記のものは、薬剤師として下記の期間、抗菌化学療法に関わっていることを証明します。

該当する証明者肩書きに○印をつけてください。

施設名 _____

証明期間（自） _____ 年 _____ 月 _____ 日より
 （至） _____ 年 _____ 月 _____ 日まで ・ 現在に至る

施設長（病院長）・感染対策委員長

証明者 _____ (印)

施設名 _____

証明期間（自） _____ 年 _____ 月 _____ 日より
 （至） _____ 年 _____ 月 _____ 日まで ・ 現在に至る

施設長（病院長）・感染対策委員長

証明者 _____ (印)

施設名 _____

証明期間（自） _____ 年 _____ 月 _____ 日より
 （至） _____ 年 _____ 月 _____ 日まで ・ 現在に至る

施設長（病院長）・感染対策委員長

証明者 _____ (印)

- ※ 単に貴施設に在籍した期間をさすのではなく、あくまでも抗菌化学療法に専門的に従事した期間を証明するものです。
- ※ 期間は 1 施設で 5 年に満たない場合は、複数施設で合計 5 年以上とし、各施設長または感染対策委員長の証明が必要。ただし申請書式-4 の推薦状は現在勤務している施設長または日本化学療法学会評議員の 1 名でよい。
- ※ 証明者が施設長（病院長）の場合には 施設の公印 をご捺印下さい。