

**公益社団法人日本化学療法学会**  
**抗菌化学療法認定医制度・認定歯科医師制度**  
**指導医認定試験 受験願書**

※欄は記入しないで下さい。

申請日（記入日） 年      月      日	※ 受験番号	※ 受付印	
写 真 （縦 4cm×横 3 cm）  写真は申込前 3 ヶ月以内に 撮影した、脱帽、正面向き のもので、本人と確認でき るもの。	会員番号		
	認定番号	J ・ D -	
	ふりがな		
	氏 名	⑩	性別 男 ・ 女
	生年月日	西暦                      年                      月                      日	
勤 務 先	所属部・課までご記入ください。		
勤務先住所	〒 _____		
	電話：                      -                      -                      fax：                      -                      -		
現 住 所	〒 _____		
	電話：                      -                      -                      fax：                      -                      -		
連絡用 E-mail	楷書でお書き下さい。		

※ 受験番号 \_\_\_\_\_

※欄は記入しないで下さい。

## 3年間の抗菌薬適正使用に関する活動報告書

(必須:指導医認定試験受験者)

申請者氏名 \_\_\_\_\_

施設内あるいは地域医療圏における抗菌薬適正使用推進活動について記載してください。

記入日: \_\_\_\_\_年 月 日

所属施設名 \_\_\_\_\_

所属施設長名と公印 \_\_\_\_\_

公印

注意: 施設長の役職名をお名前の前にご記入下さい。ゴム印でも結構です。