

## 抗菌化学療法指導医 復帰申請書

※申請番号 \_\_\_\_\_

※欄は記入しないで下さい。

記入日： 西暦          年          月          日

会員番号	
フリガナ	
申請者氏名	㊟
認定番号	J ・ D ・ F    —
認定日	西暦          年          月          日

勤務先名			
所属部署			
勤務先住所	〒		
勤務先 TEL		勤務先 FAX	

自宅住所	〒		
自宅 TEL		自宅 FAX	
E-mail	普段お使いのものをご記入ください。		

申請単位数： \_\_\_\_\_ 点（指導医 30 単位以上）

※ICD 認定について記載し、認定証のコピーを同封ください。

ICD 認定番号			
認定期間	西暦          年          月          日	～	年          月          日

※申請料は不要です。ICD 認定証コピーを同封すること。  
 ※書式 1 氏名横にご捺印ください。  
**※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

本審議会主催の抗菌薬適正使用生涯教育セミナーの出席。参加証もしくはe-learning 受講証明のコピーを同封すること。

申請者： \_\_\_\_\_

セミナー名	受講日・修了日	単位
【記載例】 第〇回 抗菌薬適正使用生涯教育セミナー 半日コース	〇年〇月〇日	15
合計点		

※ 1日コース：30単位／半日コース：15単位／ビデオセミナー：平成20年30単位、平成21～24年度20単位、平成25～27年度30単位／e-learning：平成28年度（第39回映像） 30単位、平成29年度（第43回映像）以降 20単位

※ 認定医・認定歯科医師の認定日以降のものが有効です。



## 本学会の主催する学術集会出席記録

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）の出席（5単位）。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/web参加の場合は学術集会の発行する参加証明書）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部分のみや領収書部分のみの場合は、単位無効になります。

申請者： \_\_\_\_\_

学会名・開催地	開催日	単 位
【記載例】第〇回日本化学療法学会東日本支部総会	〇年〇月〇日～〇月〇日	5
		合計点

※ 認定医・認定歯科医師の認定日以降のものが有効です。

## 共催学会の年次講演会出席記録

共催学会への出席記録（2 単位）。共催学会については施行細則の 3. 認定の要件を参照してください。  
 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部分のみや領収書のみの場合は、単位無効になります。

申請者： \_\_\_\_\_

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

- ※ 合同学会はどちらか1つの学術集会でご記入ください。当学会と日本感染症学会との合同学会の場合は書式 4 にご記入ください。重複申請は認められません。
- ※ 認定医・認定歯科医師の認定日以降のものが有効です。

※申請番号 \_\_\_\_\_

## 抗菌薬適正使用推進活動記録 (1 枚目)

(2 枚併せてのご提出で 5 単位 ※必須ではありません)

申請者氏名 \_\_\_\_\_

(1) 抗菌薬適正使用についてのコンサルテーションや、介入、ラウンドなどの活動の回数と内容

コンサルテーション                      例/月  
内容：

ラウンド                                      回/月  
内容：

介入    例/月  
内容：

その他

(2) 抗菌薬適正使用に関する院内外での研修会などの開催

日 時：

内 容：

(次ページに続く)

## 抗菌薬適正使用推進活動記録 (2 枚目)

- (3) 抗菌薬適正使用推進の支援として診療に携わった具体的な事例 (一例) を、400 字程度で記載して下さい。

申請者記入日： \_\_\_\_\_ 年 月 日

所 属 施 設 名 \_\_\_\_\_

役職名・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。

## 抗菌化学療法 指導医が主催する地域セミナー出席記録

「抗菌化学療法指導医 教育企画（地域セミナー）（2単位）」の出席。参加証原本を同封すること。

申請者： \_\_\_\_\_

開催指導医氏名	開催日	研究会名	単位
【記載例】 ○○○○	○年○月○日	○○○○セミナー	2
合計点			

- ※ 認定医・認定歯科医師の認定日以降のものが有効です。
- ※ 指導医名が別のものでも同じ研究会を重複で申請することは認められません。
- ※ 指導医：教育企画開催単位との重複申請は認められません。

## 本学会の教育資材などを用いた教育企画の開催 (指導医必修:10 単位)

「開催報告確認通知書」コピーを同封すること。(1 企画 5 単位)

申請者： \_\_\_\_\_ 合計点： \_\_\_\_\_ 単位 \_\_\_\_\_

1.

名 称	
開催日時	
開催場所	
開催取得単位	単位

2.

名 称	
開催日時	
開催場所	
開催取得単位	単位

3.

名 称	
開催日時	
開催場所	
開催取得単位	単位

4.

名 称	
開催日時	
開催場所	
開催取得単位	単位