抗菌化学療法認定医・指導医・認定歯科医師認定制度　更新申請書式－１

**抗菌化学療法　認定医・指導医・認定歯科医師　資格認定申請書**

**【　更　新　】**

　　※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 |  | | | |
| 認定番号 | J　・　D　・　F　－ | | | |
| フリガナ |  | | | |
| 申請者氏名 |  | | | | ㊞ |
| 生年月日 | 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　（認定医、認定歯科医師：５０単位以上、 指導医：３０単位以上）

|  |  |
| --- | --- |
| ※指導医更新は下記の項目を記載し、ICD認定証コピーを同封してください。 | |
| ICD認定番号 |  |
| 認定期間：西暦 | 年　　　月　　　日　～　　　　　年　　　月　　　日 |

|  |
| --- |
| 書式１ 申請者名横にご捺印いただき、  更新料の振込控えコピー・各種参加証を同封すること。  **※提出はA４サイズ・両面印刷不可** |

抗菌化学療法認定医・指導医・認定歯科医師認定制度　更新申請書式－２

**抗菌薬適正使用生涯教育セミナー出席記録**

抗菌薬適正使用生涯教育セミナーの出席について記載し、参加証明のコピーを同封すること。

申請者：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| セミナー名 | 開催日・修了日注1 | 単位 |
| 第○回抗菌薬適正使用生涯教育セミナー 半日コース | ○年○月○日 | 15 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 合計点 |

* 認定日以降のものが有効です。
* 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（平成27年度で終了）／e-ラーニング：平成28年度30点、平成29年度以降20点もしくは30点受講証明に記載されている単位で申請のこと。
* 現地参加の場合は受付印が押印されている参加証を、web参加やe-ラーニングの受講は、メールまたはダウンロードにて取得された受講証明書を同封のこと。

注1）e -ラーニングについては受講証明書に記載されている発行日を記載する。

抗菌化学療法認定医・指導医・認定歯科医師認定制度　更新申請書式－３

**選択プログラム出席記録**

「審議会が指定する抗菌薬適正使用に関連したプログラム（10単位）」または、「審議会が推薦する抗菌薬適正使用に関連したプログラム1）※（5単位）」の出席。参加証コピーを同封すること。

申請者：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 主催学会 | 開催日 | プログラム名・テーマなど | 単　位 |
| 第○回日本化学療法学会東日本支部総会 | ○年○月○日 | シンポジウム○「○○○○○○」 | 10 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 合計点 |

* 認定日以降のものが有効です。

1) 新薬シンポジウム（本学会総会、東西支部総会）と日本感染症学会「症例から学ぶ感染症セミナー」が該当する。

抗菌化学療法認定医・指導医・認定歯科医師認定制度　更新申請書式－４

**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（総会・東日本支部総会・西日本支部総会）について記載し、学術集会の参加証明のコピーを同封すること。ネームカードの場合は名前記載欄と参加証明部分を含むネームカード全体をコピーする。Web参加でネームカードがない場合は学術集会の会長が発行する参加証明書を同封する。（5単位）

申請者：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 学術集会名 | 開催日 | 単　位 |
| 第○回日本化学療法学会東日本支部総会 | ○年○月○日～○月○日 | 5 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 合計点 |

* 認定日以降のものが有効です。
* 学術集会の参加費支払時の自動返信メールは参加証明になりません。
* ネームカードの場合は、名前部分のみ、参加証明書部分のみ、領収書部分のみの提出は単位無効になります。参加証明と名前記載の部分をセットで提出すること。

抗菌化学療法認定医・指導医・認定歯科医師認定制度　更新申請書式－５

**共催学会の年次講演会出席記録**

共催学会の出席について記載し、学術集会の参加証明書のコピーを同封すること（ネームカードの場合は名前記載欄・参加証明部分を含むネームカード全体をコピーください、Web参加でネームカードがない場合は学術集会の会長が発行する参加証明書を同封ください）。共催学会については施行細則の３．認定の要件を参照ください。（2単位）

申請者：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 関連学会学術集会名 | 開催日 | 単　位 |
| 第○回日本○○学会年会 | ○年○月○日～○月○日 | 2 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 合計点 |

* 認定日以降のものが有効です。
* 合同学会はどちらか１つの学術集会でご記入ください。日本感染症学会の合同学会につきましては当学会の5単位のみ該当となりますので書式4にご記入ください。合同学会の重複申請は認められません。
* 学術集会の参加費支払時の自動返信メールは参加証明になりません。
* ネームカードの場合は、名前部分のみ、参加証明書部分のみ、領収書部分のみの提出は単位無効になります。参加証明と名前記載の部分をセットで提出すること。

抗菌化学療法認定医・指導医・認定歯科医師認定制度　更新申請書式－６

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※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）

抗菌化学療法認定医・指導医・認定歯科医師認定制度　更新申請書式－６

**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。

抗菌化学療法認定医・指導医・認定歯科医師認定制度　更新申請書式－７(1)

**本学会の教育資材などを用いた教育企画の開催**

**（指導医の更新時　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



|  |  |
| --- | --- |
| 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 |

※認定日以降のものが有効です。

抗菌化学療法認定医・指導医・認定歯科医師認定制度　更新申請書式－７(2)

**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同じ内容の研究会を重複で申請することは認められません。