

# 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	(印)
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**



## 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<sup>1)</sup> ※（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
第〇回日本化学療法学会東日本支部総会	〇年〇月〇日	シンポジウム〇「〇〇〇〇〇〇」	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。

## 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。

## 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
第〇回日本〇〇学会年会	〇年〇月〇日～〇月〇日	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。

※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。

## 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 \_\_\_\_\_

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

※認定日以降のものが有効です。

