

# 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： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

認定番号： J · D · F \_\_\_\_\_

フリガナ

申請者氏名： \_\_\_\_\_ (印)

学会会員番号： \_\_\_\_\_ 生年月日：西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

勤務先・所属科名： 部・科までご記入下さい

勤務先住所： 〒 \_\_\_\_\_

勤務先 TEL： \_\_\_\_\_ FAX： \_\_\_\_\_

自宅住所： 〒 \_\_\_\_\_

自宅 TEL： \_\_\_\_\_ FAX： \_\_\_\_\_

E-mail： 普段お使いになるアドレスを楷書でお書き下さい

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

※更新料の振込み控えのコピーを同封すること。

※指導医は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

本審議会主催の生涯教育セミナー・ビデオセミナー（平成27年度まで）・e-learning（平成28年度以降）について、受講日および講習会名を記載すること、また参加証もしくは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	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

日本化学療法学会総会・東日本支部総会・西日本支部総会への出席記録（5単位）。参加証（ネームカード）コピーを同封すること。

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 開催地：新潟	〇年〇月〇日～〇月〇日	5
合計点		

※ 学会参加証は名前の部分を含むネームカード全体をコピーしてください。なお、名前部分がない参加証明書部分や領収書部分のみのは単位無効となります。

※ 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）のコピーを同封すること。

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 開催地：京都	〇年〇月〇日～〇月〇日	2
合計点		

- ※ 学会参加証は名前の部分を含むネームカード全体をコピーしてください。なお、名前部分がない参加証明書部分や領収書部分のみのは単位無効となります。
- ※ 合同学会はどちらか1つの学術集会でご記入ください。当学会と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。重複は認められません。
- ※ 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)

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。

