

抗菌化学療法 認定医・認定歯科医師 資格認定申請書

【 新 規 】

※申請番号 _____

※欄は記入しないで下さい。

記入日： 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

申請区分	() 認定医 () 認定歯科医師
------	---

会員番号	
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 (50単位以上)

書式1 申請者名横にご捺印いただき
 申請料の振込控えコピーと医師・歯科医師免許証のコピー、
 各種参加証を同封すること。
※両面印刷不可

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： _____

学術集会名	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

※ 制度設立の平成 19（2007）年 6 月 1 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： _____

関連学会学術集会名	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。
- ※ 制度設立の平成 19（2007）年 6 月 1 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。

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。

