

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（必須項目を含む、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。
※ 提出はA4サイズ・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（必修 30 単位）

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

※ 制度設立の平成19（2007）年6月1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。

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）」の出席について記載。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	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

※ 制度設立の平成19（2007）年6月1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

※ 制度設立の平成 19（2007）年 6 月 1 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

共催学会の学術集会参加について記載し、学術集会会長が発行する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。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： _____

共催学会学術集会名	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

※ 制度設立の平成 19（2007）年 6 月 1 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。

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
〇〇〇〇	〇年〇月〇日	〇〇〇〇セミナー	2
			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。

※ 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。