**抗菌化学療法認定薬剤師制度 認定申請書　【　新　　規　】**

抗菌化学療法認定薬剤師　新規申請書式1

※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 |  |
| フリガナ |  |
| 申請者氏名 |  | ㊞ |
| 生 年 月 日 | 西暦　　　　　年　　　　月　　　日 |
| 薬剤師免許取得日 | 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。 |

学歴・職歴：　※職歴も忘れずに記載ください。行が足りない場合は別紙に記載のこと。

|  |  |
| --- | --- |
| 　　　　年　　月 | 　　　　　　　　　　　　　大学　　　　　　　　　　　　　　学部卒業 |
| 　　　　年　　月 |  |
| 　　　　年　　月 |  |
| 　　　　年　　月 |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　現在に至る

申請単位数：　　　　　　　　　点　（必須項目含む、６０単位以上）

|  |
| --- |
| 書式1の申請者氏名横にご捺印いただき、申請料振込み控えと薬剤師免許証のコピー・各種受講証明を同封すること。* 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15単位）**

抗菌化学療法認定薬剤師　新規申請書式2-1

抗菌化学療法認定薬剤師　新規申請書式2-1

抗菌薬適正使用生涯教育セミナーについて記載し、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 | 点　数 |
| 【記載例】　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 |

* 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30または20点になり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、web参加・e-ラーニングはメールもしくはダウンロードされた受講証明書を同封のこと。

注1）e -ラーニングの日付は証明書に記載されている発行日を記載のこと。

**本委員会の主催するプログラム出席記録**

抗菌化学療法認定薬剤師　新規申請書式2-2

抗菌化学療法認定薬剤師講習会（選択 10点）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：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 講習会名 | 開催日 | 点　数 |
| 【記載例】第○回抗菌化学療法認定薬剤師講習会 | ○年○月○日 | 10 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 合計点 |

* 現地参加の場合は受付印が押印されている参加証を同封のこと。
* 特例でe-ラーニングを開催した回については、ダウンロードされた受講証明を同封ください。開催日は、証明書に記載されている終了日を記載のこと。

**本学会主催：本委員会が指定するプログラム出席記録**

抗菌化学療法認定薬剤師　新規申請書式2-3

本学会が主催する学術集会開催期間中に委員会が指定したプログラムや本学会が企画した抗菌薬適正使用に関連したプログラムについて記載し、参加証明のコピーを同封すること。（選択 10点）

申請者：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 開催日 | 学会名など | シンポジウム名・テーマなど | 点　数 |
| 【記載例】○年○月○日 | 第○回西日本支部総会 | シンポジウム○「○○○○○」 | 10 |
| 【記載例】○年○月○日 | その他 | 耐性菌シンポジウム○○○○ | 10 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 合計点 |

* 学術集会（総会・東日本支部総会・西日本支部総会）以外で行ったプログラムは、“学会名など”欄には「その他」と記載ください。

**本学会の主催する学術集会出席記録（必修5単位）**

抗菌化学療法認定薬剤師　新規申請書式2-4

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）について記載し、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 | 点　数 |
| 【記載例】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 |

* 制度設立（平成20年6月7日）以降のものが有効です。

**本委員会の指定する関連学会の学術集会出席記録**

　抗菌化学療法認定薬剤師　新規申請書式2-5

関連学会の学術集会参加について記載し、学術集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）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。（2点）

申請者：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 関連学会学術集会名 | 開催日 | 点　数 |
| 【記載例】第○回日本○○学会年会 | ○年○月○日～○月○日 | 2 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 合計点 |

* 制度設立（平成20年6月7日）以降のものが有効です。
* 日本TDM学会、日本医療薬学会の学術集会が該当する。

**本学会以外主催：抗菌薬適正使用に関連したプログラム出席記録**

抗菌化学療法認定薬剤師　新規申請書式2-6

本委員会が指定する認定学術集会への出席（2点）と本学会以外の団体が主催する学術集会において本委員会が指定する抗菌薬適正使用に関連したプログラム（5点）が該当する。認定学術集会は参加票の原本、その他は参加証のコピーを同封すること。（本委員会発行のものが有効※）

申請者：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 開催日 | 講習会名・学会名・プログラム名 | 点　数 |
| 【記入例】○年○月○日 | 第○回○○学会学術講演会シンポジウム○「○○○○」 | 5 |
| 【記入例】○年○月○日 | 第○回　○○研究会　 | 2 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 合計点 |

* 制度設立（平成20年6月7日）以降のものが有効です。
* ただし、日本感染症学会主催「症例から学ぶ感染症セミナー（2点）」は第9回より対象外です。**症例一覧（15症例）**※本書式を複写して使用してください。

抗菌化学療法認定薬剤師 (新規)申請書式-3

　　　　※申請番号

症例番号：　　　　　申請者：

|  |  |
| --- | --- |
| 患者背景 | 症例介入・情報提供内容の要約（薬剤管理・TDM・DI・その他）介入に関する記述にアンダーラインを付けて明示してください。 |
| □外来 　□入院 |  |
| □男　　　 □女 |
| 年齢：体重： |
| 感染症名： |
| 原因菌： |
| ※症例項目にチェック |
| □抗菌薬選択　 □投与方法□TDM　　　 □副作用□相互作用 □禁忌等□その他( ) |
| 考　　　　　　察 |
|  |

※ホームページに掲載の「症例一覧の記載上の注意事項」を必ずお読みください。

　　抗菌化学療法認定薬剤師　新規申請書式4

抗菌化学療法認定薬剤師　新規申請書式4

公益社団法人日本化学療法学会　御中

記入日：　　　　　年　　　月　　　日

**推　　薦　　状**

申請者氏名

上記の者は、添付の書類の通り感染化学療法に深く貢献し、また感染化学療法

知識・技能が十分であることから、抗菌化学療法認定薬剤師にふさわしいと考え

推薦いたします。

推薦者所属：

　　　　役　　職：　施設長（病院長）　・　日本化学療法学会評議員

　　　　　　　　　　　　※該当する役職に○印をつけてください。

推薦者名：

* 推薦者が施設長（病院長）の場合には 施設（病院）の**公印** をご捺印下さい。
* 現在所属されている施設の証明になります。施設長とは病院長になり、所属部署の長ではありません、ご留意ください。

**抗菌化学療法に関わっていることの施設証明書**

抗菌化学療法認定薬剤師　新規申請書式5

申 請 者 氏 名：

上記のものは、薬剤師として下記の期間、抗菌化学療法に関わっていることを証明します。

　施 設 名：

証明期間（自）：　　　　　年　　　月　　 日より

　　　　（至）：　　　　　年　　　月　　 日まで　／　現在に至る

　　　　　　　　　　　　　　　　 役　　 職： 施設長（病院長）・感染対策委員長

　証　明　者：

※該当する役職に○印をつけてください。

　　施 設 名

証明期間（自）　　　　　年　　　月　　 日より

　　　　（至）　　　　　年　　　月　　 日まで　／　現在に至る

　　　　　　　　　　　　　　　　　 役　　 職： 施設長（病院長）・感染対策委員長

 　　　　証　明　者：

※該当する役職に○印をつけてください。

　　施 設 名

証明期間（自）　　　　　年　　　月　　 日より

　　　　（至）　　　　　年　　　月　　 日まで　／　現在に至る

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 役　　 職： 施設長（病院長）・感染対策委員長

証　明　者：

※該当する役職に○印をつけてください。

* この証明書は単に貴施設に在籍した期間をさすのではなく、あくまでも抗菌化学療法に専門的に従事した期間を証明するものです。
* 証明期間が1施設で5年に満たない場合は、複数の施設で合計5年以上とし各施設での証明が必要です。施設長とは病院長になり、所属部署の長ではありません、ご留意ください。
* 証明者が施設長（病院長）の場合には 施設（病院）の**公印** をご捺印下さい。