

# 抗菌化学療法認定薬剤師制度 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

会員番号				
フリガナ				
申請者氏名	(印)			
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 <sup>注1</sup>	点 数
【記載例】 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		

- ※ 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点または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

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】〇年〇月〇日	第〇回〇〇学会学術講演会 シンポジウム〇「〇〇〇〇」	5
【記入例】〇年〇月〇日	第〇回 〇〇研究会	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。



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： \_\_\_\_\_ (印)

- ※ 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、ご注意ください。

## 抗菌化学療法に関わっていることの施設証明書

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： \_\_\_\_\_ (印)

※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： \_\_\_\_\_ (印)

※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： \_\_\_\_\_ (印)

※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、ご注意ください。
- ※ 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。