

抗菌化学療法認定薬剤師制度 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：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

会員番号	
認定番号	
フリガナ	
申請者氏名	㊟
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 (認定日以降のものが有効。必須を含む60単位以上。)

書式1の申請者氏名横にご捺印いただき、
更新料振込み控えコピー、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

本学会が主催：本委員会が指定するプログラム出席記録

認定日以降に参加された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	点 数
○年○月○日	第○回西日本支部総会	シンポジウム○「○○○○○」	10
合計点			

本学会以外が主催する抗菌薬適正使用に関連したプログラムの出席記録（1）

認定日以降に参加された本学会以外の学会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。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	学会名・プログラム名	点数
○年○月○日	第○回○○学会学術講演会 シンポジウム○「○○○○」	5
	合計点	

本学会以外が主催する抗菌薬適正使用に関連したプログラムの出席記録（2）

認定日以降に参加された本学会以外の団体・研究会等が主催する本委員会が指定する認定学術集会への出席（2点）が該当する。参加票の原本を同封すること。（本委員会発行のものが有効※）

申請者： _____

開催日	研修会名	点 数
○年○月○日	第○回 ○○研究会	2
	合計点	