

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のこと。行が不足する場合は別紙に記載する。

| | | |
|-----|----|------|
| 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。
※ 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・抗菌化学療法認定薬剤師講習会

出席記錄 (必修 15 単位)

抗菌薬適正使用生涯教育セミナー、抗菌化学療法認定薬剤師講習会について記載し、参加証明のコピーを同封すること。

申請者：_____

※ 抗菌薬適正使用生涯教育セミナー1日コース：30点、半日コース：15点／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点となります。受講証明に記載されている単位で申請のこと。

※ 抗菌化学療法認定薬剤師講習会は令和7年までは10点、令和8年度より15点です。

※ 現地参加の場合は受付印が押印されている参加証が証明となります。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。メールの場合は送信履歴も残した形で提出する。

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。

本学会の学術集会で委員会が指定するプログラム出席記録

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 |

本学会の主催する学術集会出席記録（必修 5 単位）

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。ネームカードがない場合は学術集会の会長が発行する氏名入りの参加証明書を同封する。

申請者：_____

※ 制度設立（平成 20 年 6 月 7 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です。必ず氏名記載の部分と参加証明のセットで提出すること。

本委員会の指定する関連学会の学術集会出席記録

日本TDM学会・日本医療薬学会、日本環境感染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会長が発行する参加証明部分を含むネームカード全体をコピーする。ネームカードの発行がない学術集会は学術集会の会長が発行する氏名入りの参加証明書を同封する。(2点)

申請者：_____

※ 制度設立（平成 20 年 6 月 7 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。名前記載の部分と参加証明をセットで提出すること。

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）

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：_____

※ 制度設立（平成 20 年 6 月 7 日）以降のものが有効です。

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）

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：_____

※ 制度設立（平成 20 年 6 月 7 日）以降のものが有効です。

症例一覧（15症例）

※申請番号

| | |
|--|---------|
| 症例番号 : | 申請者氏名 : |
| 患者背景 | |
| <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院 | |
| <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | |
| 年齢 : | |
| 体重 : | |
| 感染症名 : | |
| 原因菌 : | |
| ※症例項目にチェック | |
| <input type="checkbox"/> 抗菌薬選択 <input type="checkbox"/> 投与方法 | |
| <input type="checkbox"/> TDM <input type="checkbox"/> 副作用 | |
| <input type="checkbox"/> 相互作用 <input type="checkbox"/> 禁忌等 | |
| <input type="checkbox"/> 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。

※本書式を複写して使用してください。

公益社団法人日本化学療法学会 御中

証明日：_____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。

役 職： 病院長 • 施設長 • 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。

推薦者施設名：_____

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

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。

※該当する証明者肩書きに○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

証明者肩書 : 施設長 (病院長) • 感染対策委員長

証明者 : _____ 印

施設名 : _____

証明期間 (自) : _____ 年 _____ 月 _____ 日より
 (至) : _____ 年 _____ 月 _____ 日まで • 現在に至る

証明者肩書 : 施設長 (病院長) • 感染対策委員長

証明者 : _____ 印

施設名 : _____

証明期間 (自) : _____ 年 _____ 月 _____ 日より
 (至) : _____ 年 _____ 月 _____ 日まで • 現在に至る

証明者肩書 : 施設長 (病院長) • 感染対策委員長

証明者 : _____ 印

- ※ 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。