

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

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			

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。