

外来抗感染症薬認定薬剤師認定委員会委員長 殿

記入日 年 月 日

(公社)日本化学療法学会 外来抗感染症薬認定薬剤師 指定プログラム申請書

以下の研究会等を感染症化学療法に関連したプログラムとして貴委員会に指定いただきたく申請いたします。

研究会等実施組織 ^{注1}	名称：
代表者氏名・所属	氏名： (所属)
申請者 ^{注2}	氏名： (印) ※評議員又は認定薬剤師
連絡者	氏名： 住所：〒 勤務先・部署： TEL： E-mail：
組織発足の年月日	

開催計画^{注3}

研究会等の名称	
開催日 (開催時間)	西暦 年 月 日～ 月 日 (時間)
開催場所	会場名： 開催地：
会費	円
参加予定人数	約 名 (参加票送付枚数 枚)
集会の概略 (150字程度)：	
(必須) 症例検討の概略：別紙にて症例検討の要旨を提出すること。タイトルのみは不可。	
(必須) 確認試験：申請に間に合わない場合は開催の1週間前までに試験問題(解答入り)をメールすること	
協賛(共催)企業名 ^{注4}	無・有()

注1：実施組織の規約を添付すること。会費制での運営を明示すること

注2：申請者は、本学会評議員または抗菌化学療法認定薬剤師、外来抗感染症薬認定薬剤師であること

受付日

注3：開催日、場所、時間、研修内容、試験の実施を明記したプログラムを添付すること

注4：企業主催の場合は承認されない

注5：申請書は開催1か月前迄に提出のこと

事務局記載 委員会判定結果

申請 No.			
承認日： 年 月 日	症例検討概要	提出済み ・ 未着	
承認の可否： 可 ・ 不可	確認試験問題	提出済み ・ 未着	
不可の理由：			