

外来抗感染症薬認定薬剤師制度 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	
連絡先 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。

年 月	大学	学部卒業
年 月		
年 月		
年 月		

現在に至る

申請単位数：_____ 単位 (30 単位以上：ただし必須 15 単位以上を含む)

申請料振込み控えコピー、薬剤師免許証コピー、各種参加証を同封し、
書式 1 の申請者氏名横にご捺印を忘れずにお願いいたします。
※ 提出は A4 サイズ、両面印刷不可

※受付印

本学会の主催する学術集会出席記録

必修：総会1回以上と東日本支部総会もしくは西日本支部総会1回以上

日本化学療法学会の学術集会について記載し、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。 Web参加でネームカードがない場合は学術集会の会長が発行する参加証明書を同封する。 (総会3単位／東日本支部総会・西日本支部総会2単位)。

申請者：_____

学術集会名	開催日	単位数
【記載例】第〇回日本化学療法学会東日本支部総会	〇年〇月〇日～〇月〇日	2
		合計

※ 制度施行（令和4年4月1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。参加証明と名前記載の部分をセットで提出すること。

本学会会期中に本委員会が指定したプログラム参加記録

必修： 総会、東日本支部総会、西日本支部総会のいずれかで1回以上

日本化学療法学会の学術集会において本委員会が指定するプログラム（シンポジウム、ワークショップ、教育講演、ベーシックレクチャー等）の参加証のコピーを同封すること（1回5単位）。

申請者：_____

本委員会が指定する感染症化学療法に関連したプログラムへの参加記録

本委員会が指定する感染症化学療法に関連したプログラムについて下記に記載し、参加証の原本を同封すること（選択：1回5単位）。

申請者：_____

開催日	研究会名	単位数
○年○月○日	第○回○○○○研修会	5
		合計

本委員会の指定する関連学会の学術集会出席記録

関連学会の学術集会参加について下記に記載し、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参加証明部分を含むネームカード全体をコピーする。Web 参加でネームカードがない場合は学術集会の会長が発行する参加証明書を同封する。(選択：1回 2単位)。

申請者：_____

関連学会 学術集会名	開催日	単位数
第〇回日本〇〇学会総会	〇年〇月〇日～〇月〇日	2
		合計

※ 制度施行（令和4年4月1日）以降のものが有効です。

※ 関連学会は日本環境感染学会、日本TDM学会、日本医療薬学会、日本薬学会年会、日本薬剤師会学術大会が該当する。

※ 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。参加証明と名前記載の部分をセットで提出すること。

症例一覧（10症例）

※申請番号_____

症例番号：_____ 申請者：_____

患者背景	症例介入・情報提供内容の要約 介入に関する記述にアンダーラインを付けて明示してください。
<input type="checkbox"/> 保険薬局 <input type="checkbox"/> 外来（病院等）	
<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"/> 副作用 <input type="checkbox"/> 相互作用	
<input type="checkbox"/> 薬薬連携 <input type="checkbox"/> 禁忌等	
<input type="checkbox"/> 在宅医療 <input type="checkbox"/> 疑義解釈	
<input type="checkbox"/> その他()	
介入の根拠等	

※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。

※疑義照会による処方介入症例3例を必ず含めること。

※本書式を複写して使用ください。

証明日：_____年_____月_____日

公益社団法人日本化学療法学会 御中

推 薦 状

申請者氏名 _____

上記の者は、添付の書類の通り地域医療における感染症化学療法に深く貢献し、また保険薬局の薬剤師としての感染症・化学療法の知識・技能が十分であることから、外来抗感染症薬認定薬剤師にふさわしいと考え、推薦いたします。

※該当する推薦者肩書に○印をつけてください。

推薦者肩書： 保険薬局薬局長・社長 ／ 病院長（施設長） ／ 日本化学療法学会評議員

推薦者所属施設 _____

推薦者名 _____ 

※ 推薦者が調剤薬局を経営する社長や病院の施設長の場合は
会社もしくは病院の公印 をご捺印下さい。
※ 現在所属されている施設の証明となります。

感染症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、感染症や抗感染症薬の外来処方を扱う保険薬局の薬剤師として下記の期間、感染症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。

保険薬局名・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： 保険薬局薬局長 ・ 社長 ／ 病院長（施設長） ・ 感染対策委員長

証 明 者 : _____ 印

保険薬局名・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： 保険薬局薬局長 ・ 社長 ／ 病院長（施設長） ・ 感染対策委員長

証 明 者 : _____ 印

保険薬局名・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： 保険薬局薬局長 ・ 社長 ／ 病院長（施設長） ・ 感染対策委員長

証 明 者 : _____ 印

※ 単に貴施設に在籍した期間をさすのではなく、あくまでも感染症化学療法に専門的に従事した期間を証明する
ものです。

※ 期間は1施設で3年に満たない場合は、複数施設で合計3年以上とし、保険薬局の場合は薬局長または社長を、
病院の場合は施設長または感染対策委員長の証明が必要。

※ 証明者が調剤薬局の社長や病院の施設長の場合には会社もしくは病院の公印をご捺印下さい。