

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： _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ

申請者氏名 _____ (印)

生年月日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

日本化学療法学会 会員番号： _____

薬剤師免許取得年月日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

勤務先名：所属の部・科までご記入下さい

勤務先住所：〒 _____

勤務先 TEL： _____ 勤務先 FAX： _____

自宅現住所：〒 _____

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：

_____ 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：必須 15 単位以上、選択 15 単位以上)

申請料振込み控えと薬剤師免許証のコピーを同封し、
書式 1 の申請者氏名横にご捺印を忘れずをお願いいたします。

※ 両面印刷不可

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参加について下記に記載し、学会参加証ネームカード（名前記載欄・参加証明部分を含むネームカード全体）のコピーを同封すること。なお、ネームカードは名前部分のない参加証明書や領収書部分のみの場合は単位無効です（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： _____

学会名・開催地	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 <div style="text-align: right;">開催地：新潟</div>	〇年〇月〇日～〇月〇日	2
合計		

※ 制度設立（令和 4 年 4 月 1 日）以降のものが有効です。

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： 1回以上

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： _____

開催日	学会名など	シンポジウム名など	単位数
【記載例】 ○年○月○日	第○回東日本支部総会	シンポジウム○「○○○○○」	5
○年○月○日	第○回総会	ワークショップ○「○○○○○」	5
合計			

記入日： _____ 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。

該当する推薦者に○印をつけてください

推薦者： 施設長（薬局長もしくは社長） ・ 日本化学療法学会評議員

推薦者所属

推 薦 者 名



※ 推薦者が調剤薬局を経営する社長の場合には 会社の公印 をご捺印下さい。

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、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 _____

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

薬局長・社長

証明者 _____ (印)

保険薬局名 _____

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

薬局長・社長

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

薬局長・社長

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、薬局長・社長を、病院の場合、各施設長または感染対策委員長の証明が必要。ただし申請書式-4 の推薦状は現在勤務している施設長または日本化学療法学会評議員の 1 名でよい。
- ※ 証明者が社長の場合には 会社の公印 をご捺印下さい。