**外来抗感染症薬認定薬剤師制度　認定申請書　【　新　　規　】**

外来抗感染症薬認定薬剤師　新規申請書式1

※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 |  | | | ㊞ |
| 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：

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |

**本学会の主催する学術集会出席記録**

※受付印

外来抗感染症薬認定薬剤師　新規申請書式2-1

**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：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 学術集会名 | 開催日 | 単位数 |
| 【記載例】  第○回日本化学療法学会東日本支部総会 | ○年○月○日～○月○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。

**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**

外来抗感染症薬認定薬剤師　新規申請書式2-2

**必修： 総会1回以上、東日本支部総会もしくは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（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・テーマ | 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 | ワークショップ〇　「〇〇〇〇〇」 | 5 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 合計 |

**本委員会が指定する感染症化学療法に関連した**

外来抗感染症薬認定薬剤師　新規申請書式2-3

**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 | 実施組織 | 研究会名 | 単位数 |
| 【記載例】  ○年○月○日 | 〇〇○○研究会 | 第○回○○○○研修会 | 5 |
| ○年○月○日 | ○○薬剤師会 | ○○セミナー | 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**

　外来抗感染症薬認定薬剤師　新規申請書式2-4

関連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。関連学会については下記を参照してください（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 |
| 【記載例】  第○回日本○○学会総会 | ○年○月○日～○月○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

**症例一覧（15症例　保険調剤薬局および在宅医療　）**※本書式を複写して使用ください。

外来抗感染症薬認定薬剤師 (新規)申請書式-3

　　　　※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。 |
| □外来 　□在宅 |  |
| □男　　　 □女 |
| 年齢：  体重： |
| 感染症名： |
| 原因菌： |
| ※症例項目にチェック |
| □抗菌薬選択　 □投与方法  □副作用　　　 □相互作用  □薬薬連携 □禁忌等  □在宅医療　　 □疑義解釈  □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。

※在宅医療における症例3例と疑義照会による処方介入症例3例を必ず含めること。

　　抗菌化学療法認定薬剤師　新規申請書式4

外来抗感染症薬認定薬剤師　新規申請書式4

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。

該当する推薦者に○印をつけてください

推薦者：　保険薬局薬局長・社長 ／ 病院施設長 ／ 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。

**感染症化学療法に関わっていることの施設証明書**

外来抗感染症薬認定薬剤師　新規申請書式5

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

保険薬局薬局長・社長 ／ 病院施設長・感染対策委員長

　証　明　者

　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

保険薬局薬局長・社長 ／ 病院施設長・感染対策委員長

証　明　者

　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

保険薬局薬局長・社長 ／ 病院施設長・感染対策委員長

証　明　者

* 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。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。