

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：

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。

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 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○「○○○○○」	5
合計			

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

※申請番号 _____

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。

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"/> 外来 <input type="checkbox"/> 在宅 <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。

※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。

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運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

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 _____ (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

保険薬局薬局長・社長 / 病院施設長・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

保険薬局薬局長・社長 / 病院施設長・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。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。