

※認定番号

感 染 制 御 専 門 薬 剤 師 認 定 申 請 書

※申請番号

(※は記入しないで下さい)

申請年月日	平成 年 月 日
(ふりがな) 申請者氏名	印
生年月日	年 月 日 (歳)
性別	男 ・ 女 (該当に○を付けて下さい)
現住所	〒
勤務先・所属部署	
勤務先住所	〒 Tel ()-()-() Fax ()-()-() E-mail _____ @ _____
取得している認定薬剤師	<ol style="list-style-type: none"> 1. 日本薬剤師研修センター認定薬剤師 2. 日本病院薬剤師会生涯研修履修認定薬剤師 3. 日本医療薬学会認定薬剤師
所属団体及び学会	<ol style="list-style-type: none"> 1. 日本薬剤師会 2. 日本病院薬剤師会 3. 日本薬学会 4. 日本医療薬学会 5. 日本環境感染学会

※ 1 : 取得している認定薬剤師、所属している団体及び学会の欄には、該当する項目に○を囲んで下さい。

※ 2 : 取得している認定薬剤師の認定証の写しを添付してください。

※ 3 : 感染制御専門薬剤師認定試験合格通知の写しを添付してください。

所 属 施 設 長 の 推 薦 書

社団法人 日本病院薬剤師会

会長 伊賀 立二 殿

申請者氏名 _____

上記の者は、本施設の職員であり、感染制御に造詣が深く、また施設内における感染対策活動の職務経験が十分であることから、感染制御専門薬剤師にふさわしいと考え推薦いたします。

施 設 名

施 設 長 名

印

平成 年 月 日

申請者氏名 _____

申請者所属施設名 _____

合計の参加・履修時間 _____ 時間 (_____ 単位)

講習会・教育セミナー等の参加履修証明

年月日	講習会・教育セミナー等の名称	主催団体名	時間（単位）数	証明 有 無
				有 無
				有 無
				有 無
				有 無
				有 無
				有 無
				有 無
				有 無
				有 無
				有 無

※1：参加・履修証明の有無を○で囲み、有のものについては証明書の写しを添付して下さい。

※2：紙面が不足する場合は、本様式を複写して使用して下さい。

感染対策活動の記録

院内における活動内容

*箇条書きで記してください

申請者氏名 _____

申請者所属施設名 _____

発表回数 _____回 (うち、演者 _____回)

感染制御・防止対策に関する学会発表リスト

発表者名 (本人に下線を付す)	発表演題名	学会名	年月 開催地

※1：抄録・要旨集の該当部分の写しを添付して下さい

※2：用紙が不足する場合は、本様式を複写して使用して下さい。

申請者氏名 _____

申請者所属施設名 _____

学术论文数 _____ 編 (うち、筆頭著者 _____ 編)

感染制御・防止対策に関する学术论文リスト

著者名 (本人に下線を付す)	論文題名	学術雑誌名	巻・号 初頁～終頁

※1：掲載論文は、すべての頁の写しを添付して下さい。

※2：掲載決定済みであるが未発刊 (in press) の論文の場合は、掲載決定通知の写しを添付して下さい。

※3：上記の写しは、本リストに記載したすべての論文に関して添付して下さい。

※4：用紙が不足する場合は、本様式を複写して使用して下さい。