

※認定番号 _____

過渡的措置H I V専門・様式 1

※申請受付番号 _____

(※は記入しないで下さい)

H I V感染症専門薬剤師認定申請書

申請年月日	平成 年 月 日
(ふりがな) 申請者氏名	() ⑩
生年月日(満年齢)	年 月 日 (歳)
性別	男・女 (○を付けてください)
現住所	〒□□□-□□□□
勤務先・所属 職名	
勤務先住所	〒□□□-□□□□
同 Tel・Fax メールアドレス	Tel : ()-()-() ・ Fax : ()-()-() E-mail _____@_____
薬剤師名簿(免許)	登録番号：第 号 登録年月日： 年 月 日
薬剤師としての 実務経験	通算： 年 カ月
認定薬剤師 該当するものについて 有効な最新(更新)番号 を記入して下さい	日本病院薬剤師会生涯研修履修認定：第 号 日本医療薬学会認定：第 号 認証機構により認証された生涯研修認定制度による認定薬剤師： 認定機関名 () 認定番号 () 日本臨床薬理学会認定：第 号 その他 ()
職能・学術団体等 該当するものについて 有効な会員番号を記入 して下さい	日本病院薬剤師会： 日本薬剤師会： 日本医療薬学会： 日本薬学会： 日本臨床薬理学会： 日本エイズ学会：
専門業務従事年月	申請時において引き続き： 年 月従事 (うち、前任施設での従事がある場合の期間： 年 月～ 年 月)
学会発表	回(うち、発表者 回)
学術論文	編(うち、筆頭著者 編)
HIV感染症患者に 対する指導	合計 症例

※1 薬剤師免許証の写しを添付してください。

※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。

申請者氏名_____

申請者所属施設名_____

発表回数 _____回 (うち、演者 _____回)

HIV 感染症領域における学会発表リスト

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)

H I V感染症領域における学术论文リスト

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 掲載論文の場合は、すべて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。

申請者氏名_____

申請者所属施設名_____

H I V感染症患者への指導実績の要約（50例）

（症例番号を付し、性別・年齢・疾患名、指導内容などを要約してください）

※ワープロ書きにしてください（手書きは不可）

※入院期間は、具体的な年月日ではなく、通算の入院期間を記載してください

症例 ()	年齢・性別	
	疾患名	
	入院・外来の別	入院 ・ 外来 入院期間 ()
	指導業務 内容の要約	
症例 ()	年齢・性別	
	疾患名	
	入院・外来の別	入院 ・ 外来 入院期間 ()
	指導業務 内容の要約	
症例 ()	年齢・性別	
	疾患名	
	入院・外来の別	入院 ・ 外来 入院期間 ()
	指導業務 内容の要約	

症例 ()	年齢・性別	
	疾患名	
	治療内容	薬物治療 ()、心理教育、精神療法、 その他 ()
	入院・外来の別	入院 ・ 外来 入院期間 ()
	指導業務 内容の要約	
症例 ()	年齢・性別	
	疾患名	
	入院・外来の別	入院 ・ 外来 入院期間 ()
	指導業務 内容の要約	
症例 ()	年齢・性別	
	疾患名	
	入院・外来の別	入院 ・ 外来 入院期間 ()
	指導業務 内容の要約	
症例 ()	年齢・性別	
	疾患名	
	入院・外来の別	入院 ・ 外来 入院期間 ()
	指導業務 内容の要約	

所 属 施 設 長 の 推 薦 書

社団法人 日本病院薬剤師会
会 長 堀 内 龍 也 殿

申請者氏名 _____

上記の者は、本施設の職員であり、H I V感染症の薬物療法及び、関連領域における高度かつ広範な知識・技術を備え、豊富な経験を有する人材であります。

よって、上記の申請者を貴会の認定制度によるH I V感染症専門薬剤師にふさわしいと考え、ここに推薦いたします。

平成 年 月 日

施設名 _____

施設長名 _____ 印

その他、特記すべきことがあれば、記入して下さい。