

※認定番号

感染制御認定・様式1

※申請受付番号

(※は記入しないでください)

## 感 染 制 御 認 定 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 実務経験年数	通算 年 ヶ月
認定薬剤師 該当するものについて 有効な最新(更新)番号 を記入してください	1. 日本病院薬剤師会生涯研修履修認定薬剤師:第 号 2. 日本医療薬学会認定薬剤師 :第 号 3. 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 認証機関名 ( ) 認定番号 ( ) 4. 日本臨床薬理学会認定薬剤師 :第 号
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 してください	1. 日本病院薬剤師会: 2. 日本薬剤師会: 1. 日本医療薬学会: 2. 日本薬学会: 3. 日本臨床薬理学会: 4. 日本TDM学会: 5. ICD制度協議会に加盟している学会・研究会 学会・研究会名 ( ) 会員番号 ( )
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)
講習会・教育セミナー	合計 時間 ( 単位)

※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。

※3 感染制御認定薬剤師認定試験合格通知の写しを添付してください。

感染制御活動に従事していることの証明書

社団法人 日本病院薬剤師会

感染制御専門薬剤師部門認定審査委員会 御中

申請者氏名 \_\_\_\_\_

上記の者は、本施設において、 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 から

現在まで

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月まで

施設内の感染対策委員会または院内感染対策チームの一員（院内感染対策チームと連携しての活動を含む）として感染制御活動に従事していたことを証明します。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

施設名 \_\_\_\_\_

所属長名 \_\_\_\_\_ (印)

その他、特記すべき事項があれば、記入してください。

※ 前任施設での従事期間がある場合は、本様式を複写して使用してください。



感染制御活動の記録

施設内における活動内容

- ※1 感染制御活動の記録は、経歴がわかりやすいように記載してください。
- ※2 ワープロ書きにしてください（手書きは不可）

申請者氏名\_\_\_\_\_

申請者所属施設名\_\_\_\_\_

## 感染制御に貢献した業務内容の要約(20例)

※ワープロ書きにしてください(手書きは不可)

※業務内容( )は、1～20まで順に番号を付してください。(20例を越える記載は、無効とします)

※「感染制御に貢献した内容」とは、下記の8項目について申請者個人が薬学的な介入、支援したことを指します。業務内容の報告には、薬剤師として申請者個人が感染制御に貢献した具体的内容を、下記の①～⑧の項目のうち5項目以上についてそれぞれ1例以上、項目番号順に記載してください。また、他の医療従事者など複数で感染制御に貢献した場合には、申請者個人がどのように関与・寄与したのかを明確にしてください。

- ① 院内ラウンド・抗菌薬などのサーベイランスを積極的に実施または参画し、薬剤師として薬学的介入及び支援したことで感染制御に貢献した事例、症例。
- ② 薬物血中濃度モニタリング業務を積極的に実施し、薬剤師として薬学的介入及び支援したことで感染制御に貢献した事例、症例。
- ③ 薬剤管理指導業務、病棟業務などにおいて、薬剤師として薬学的介入及び支援したことで感染制御に貢献した事例、症例。
- ④ ICC、ICT、薬事委員会などにおいて、薬剤師として薬学的知識、技術などを活用して感染制御に貢献した事例。
- ⑤ 薬剤部門での業務(製剤、注射剤調剤など)において、薬剤師として薬学的知識、技術などを活用して感染制御に貢献した事例(注射剤調製方法の手順変更など)。
- ⑥ 各医療機関・施設単位で感染対策マニュアルや抗菌薬ガイドラインを作成・変更して感染制御に貢献した事例。(医療機関・施設で実際に使用されているガイドライン等で申請者個人が関与した内容について、具体的内容を記載してください。)
- ⑦ 抗菌薬の使用制限を実施するなど、各医療機関・施設単位で抗菌薬の適正な使用に貢献した事例。
- ⑧ 院内(施設内)においてその他の感染制御に貢献した事例、症例。

業務内容 ( )	業務内容の種別 (該当する番号に ○を付けてくださ い)	1. 院内ラウンド・抗菌薬サーベイランス 2. 薬物血中濃度モニタリング 3. 薬剤管理指導業務 4. チームとしての活動 5. 薬剤部門での業務 6. 感染対策マニュアル・抗菌薬ガイドライン 7. 抗菌薬の使用制限 8. その他 ( )
	業務内容の要約	
業務内容 ( )	業務内容の種別 (該当する番号に ○を付けてくださ い)	1. 院内ラウンド・抗菌薬サーベイランス 2. 薬物血中濃度モニタリング 3. 薬剤管理指導業務 4. チームとしての活動 5. 薬剤部門での業務 6. 感染対策マニュアル・抗菌薬ガイドライン 7. 抗菌薬の使用制限 8. その他 ( )
	業務内容の要約	
業務内容 ( )	業務内容の種別 (該当する番号に ○を付けてくださ い)	1. 院内ラウンド・抗菌薬サーベイランス 2. 薬物血中濃度モニタリング 3. 薬剤管理指導業務 4. チームとしての活動 5. 薬剤部門での業務 6. 感染対策マニュアル・抗菌薬ガイドライン 7. 抗菌薬の使用制限 8. その他 ( )
	業務内容の要約	

※ 1 本様式を複写して使用してください。

所属施設長の推薦書

社団法人 日本病院薬剤師会

会長 堀内龍也 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、本施設内における他部門との連携・協同によるチーム医療の活動経験も十分であります。

よって、上記の申請者を貴会の認定制度による感染制御認定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 \_\_\_\_\_ ⑩

その他、特記すべきことがあれば、記入してください。