

※認定番号

感染制御更新・様式1

※申請受付番号

(※は記入しないでください)

感 染 制 御 専 門 薬 剤 師 更 新 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 _____ @ _____
感染制御専門薬剤師	認定番号：第 号 認定年月日： 年 月 日
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 ()
学会発表	感染制御専門薬剤師の認定期間中に 計 回 (うち、発表者 回)
学術論文	感染制御専門薬剤師の認定期間中に 計 編 (うち、筆頭著者 編)
感染制御に関する 講習単位	感染制御専門薬剤師の認定期間中に 合計 単位 (そのうち、日本病院薬剤師会の感染制御に関する講習会あるいは厚生労働省委託の感染制御に関する講習会で 計 単位取得)

※1 感染制御専門薬剤師認定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。

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、感染制御専門薬剤師の認定期間中に、施設内において感染制御に関する専門的業務に従事していたこと、および施設内・地域・学会等において感染制御に関して指導的役割を果たしてきたことを証明します。

平成 年 月 日

施設名 _____

施設長名 _____ (印)

※ 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・地域・学会等における活動内容

- ※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 感染制御活動の記録に記入した事項を証明する資料（講演要旨の写し、執筆した出版物の表紙や目次の写し、執筆したガイドラインの写しなど）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）

感染制御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： 感染制御専門薬剤師の認定期間中の実績のみを記載してください。

※2： 抄録・要旨集の該当部分の写しを添付してください。

※3： 用紙が不足する場合は、本様式を複写して使用してください。

申請者氏名 _____

申請者所属施設名 _____

学術論文数 _____編（うち、筆頭著者 _____編）

感染制御に関する学術論文リスト

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：感染制御専門薬剤師の認定期間中の実績のみを記載してください。

※2：掲載論文は、すべての頁の写しを添付してください。

※3：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ください。

※4：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ください。

※5：用紙が不足する場合は、本様式を複写して使用してください。

申請者氏名 _____

申請者所属施設名 _____

6-1の講習単位 _____ 単位

感染制御に関する講習単位の証明（その1）

感染制御に関する講習単位のうち、日本病院薬剤師会の感染制御に関する講習会あるいは厚生労働省委託の感染制御に関する講習会以外の実績を記載してください。

（時系列順に記載してください）

年月日	研修項目（講習会・学会・発表・論文等）	主催団体名	単位数

- ※1：感染制御専門薬剤師の認定期間中の実績のみを記載してください。
- ※2：講習会の受講証明や学会のネームカードの写しなど研修項目を証明するものを添付してください。
- ※3：学会発表・論文発表の証明の添付は、様式4もしくは様式5で添付している場合は省略してかまいません。
- ※4：用紙が不足する場合は、本様式を複写して使用してください。

申請者氏名 _____

申請者所属施設名 _____

6-2の受講単位 _____ 単位

感染制御に関する講習単位の証明（その2）

日本病院薬剤師会の感染制御に関する講習会あるいは厚生労働省委託の感染制御に関する講習会の講習実績を記載してください。

（時系列順に記載してください）

年月日	講習会名	主催団体名	単位数

※1：感染制御専門薬剤師の認定期間中の実績のみを記載してください。

※2：講習会の受講証明の写しを添付してください。

※3：用紙が不足する場合は、本様式を複写して使用してください。