

※認定番号 \_\_\_\_\_

感染制御専門・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 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 (該当に○を付けてください)
現 住 所	〒□□□-□□□□
勤 務 先 ・ 所 属 職 名	
勤 務 先 住 所	〒□□□-□□□□ 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
学 術 団 体	I C D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	回 (うち、発表者 回)
学 術 論 文	編 (うち、筆頭著者 編)

※ 1 : 感染制御認定薬剤師の認定証の写しまたは、I C D制度協議会が認定するインフェクションコントロールドクターの認定書の写しを添付してください。

※ 2 : 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 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 \_\_\_\_\_

発表回数 \_\_\_\_\_回（うち、演者 \_\_\_\_\_回）

### 感染制御領域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ください。

※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)

## 感染制御制御領域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 : 掲載論文は、すべての頁の写しを添付してください。

※ 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ください。

※ 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ください。

※ 4 : 用紙が不足する場合は、本様式を複写して使用してください。