HIV感染症専門・様式１

※申請受付番号

　（※は記入しないでください）

HIV感染症専門薬剤師認定申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 申　請　年　月　日 | 　　令和　　年　　月　　日 |
| （ふ　り　が　な）申　請　者　氏　名 | 　（　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 生 年 月 日（満年齢） | 　　　　　　年　　月　　日　（　　　　　歳） |
| 性　　別 | 　男 ・ 女　　　（○を付けてください） |
| 勤 務 先 名 |  |
| 所属・職名 |  |
| 勤　務　先　住　所同　Telメールアドレス | 〒□□□－□□□□Tel：( )-( )-( ) E-mail @  |
| 日病薬会員番号 |  |
| エイズ学会会員番号 |  |
| 学会発表 | 　　　　　回（うち、発表者　　　　　回） |
| 学術論文 | 　　　　　編（うち、筆頭著者　　　　編） |
| HIV感染症薬物療法認定薬剤師 | 認定番号：第　　　　　　　号　　認定年月日：　　年　　月　　日 |
| HIV感染症専門薬剤師認定試験の合格年 | 　令和５年度試験合格 ・ 令和６年度試験合格  |

※１　HIV感染症薬物療法認定薬剤師の認定証の写し（または認定審査結果通知文書の写し）を添付してください。

※２　HIV感染症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。

HIV感染症専門・様式２

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名 |  |
| 申請者所属施設名 |  |
| 学会発表回数 |  | 回 | うち、演者 |  | 回 |

HIV感染症領域に関する学会発表リスト

（～令和７年３月３１日）

（時系列順に記載してください）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 発　表　者　名（※１） | 発　表　演　題　名 | 　大 会 名 | 発表年月日／開催地 |
| １ |  |  |  | 　　　 年月　　日 |
|  |  |  |  |  |

※１：発表者名は全発表者名を記載し、申請者本人に下線を付してください。

※２：発表者全員の内、認定申請に使用できるのは３名です。３名の方が認定申請に使用した場合、他の共同発表者が認定申請に使用することはできませんのでご注意ください。

※３：抄録、要旨集等で発表年月日がわかる部分と発表要旨（発表内容の主旨が分かるもの）を枠で囲ったものをＡ４用紙にコピーしてください（原本をお送りいただいた場合は返却いたしません）。

※４：複数の発表がある場合は発表年月日の順に番号を付し、抄録等にも同じ番号を付して、様式２の後ろに番号順に添付してください。

※５：パソコンを用いて作成し、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。

HIV感染症専門・様式３

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |

HIV感染症領域における学術論文リスト

（～令和７年３月３１日）

（時系列順に記載してください）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 著　者　名（※１） | 論　文　題　名 | 学 術 雑 誌 名 | 巻・号初頁〜終頁発行年月 |
| １ |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

※１：著者名は全著者名を記載し、申請者本人に下線を付してください。

※２：掲載論文は、すべての頁の写しをＡ４用紙にコピーして添付してください。

※３：当該論文に係る学会誌・学術雑誌の投稿規程の写しを※２に続けて添付してください。

※４： 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※２、３に続けて添付してください。

※５：複数の論文がある場合は掲載年月の順に番号を付し、当該論文にも同じ番号を付して、本リストに記載した番号順で添付してください。

※６：パソコンを用いて作成し、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。

HIV感染症専門・様式４

所　属　施　設　長　の　推　薦　書

|  |
| --- |
| 　　一般社団法人　日本病院薬剤師会　会長　殿　　申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　上記の者は、本施設の職員であり、HIV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HIV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。令和　　　年　　　月　　　日施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設長名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞（直筆の場合、押印は不要です） |

|  |
| --- |
| 　その他、特記すべきことがあれば、記入してください。 |

HIV感染症専門・様式５

|  |  |
| --- | --- |
| 申請受付番号 |  |
| 申請者氏名 |  |
| 申請者所属施設名 |  |

振替払込請求書兼受領証の写し貼付欄

|  |
| --- |
|  |

※　振込者名が申請者氏名と異なる場合は振込日、振込名義、振込額、申請者氏名を貼付欄の余白に記載してください。