HIV感染症専門更新・様式１

※申請受付番号

　（※は記入しないでください）

HIV感染症専門薬剤師更新申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 申 請 年 月 日 | 　　　　　　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 |  |
| 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 |  |
| HIV感染症専門薬剤師 | 認定番号：第　　　　　　　号　　認定年月日：　　年　　月　　日 |
| 職能・学術団体等該当するものについて（□）欄を塗りつぶし、有効な会員番号を記入してください | □日本病院薬剤師会：　　　　　　　□日本女性薬剤師会：□日本薬剤師会：　　　　　　　　　□日本保険薬局協会： |
| □日本薬学会：□日本医療薬学会：□日本臨床薬理学会： |
| 日本エイズ学会： |
| 学会発表 | HIV感染症専門薬剤師の認定期間中に　計　　　回（うち、発表者　　　回） |
| 学術論文 | HIV感染症専門薬剤師の認定期間中に　計　　　編（うち、筆頭著者　　　編） |
| HIV感染症に関する講習単位 | HIV感染症専門薬剤師の認定期間中に　合計　　　　単位　（日本病院薬剤師会のHIV感染症に関する講習会あるいは 国立研究開発法人 国立国際医療研究センター病院 エイズ治療・研究開発センター及び HIV／AIDSブロック拠点病院が実施する講習会で計　　　　単位取得） |

※１　HIV感染症専門薬剤師認定証の写しを添付してください。

※２　2022年3月31日～2024年3月31日にHIV感染症専門薬剤師の認定期間が満了した方は、「認定期間中」を「認定期間開始日から申請日までの期間」に読み替えてください。

HIV感染症専門更新・様式１－２(該当者のみ)

新型コロナウイルス感染症の影響に伴う措置

専門薬剤師・認定薬剤師の認定審査・更新審査に係る取扱いについて(Ｑ＆Ａ）(令和６年５月１８日付）＜質問２８＞に示す措置の対象となる場合は、チェックしてください。

□１．講習単位「毎年最低３単位」に係る措置の対象として申請します。

更新条件（５）に定める講習単位「毎年３単位以上」の要件を、新型コロナウイルス感染症の影響に伴い１年間満たすことができませんでした。

（上記の理由・期間以外の場合は、別途、理由書を添付してください。）

HIV感染症専門更新・様式２

HIV感染症に関する専門的業務に従事していることの証明書

|  |
| --- |
| 一般社団法人　日本病院薬剤師会　HIV感染症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、HIV感染症専門薬剤師の認定期間中に、以下のとおり、施設内においてHIV感染症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HIV感染症に関して指導的役割を果たしてきたことを証明いたします。HIV感染症に関する専門的業務に薬剤師として従事していた期間：　　年　　月　　日から、 □　　　年　　月　　日まで □現在まで□上記の従事していた期間に、中断期間はありません。　　　□上記の従事していた期間に、下記の理由により、中断期間はあります。　　　　理由：　　　　期間：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属長名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞（直筆の場合、押印は不要です） |

|  |
| --- |
| その他、特記すべき事項があれば、記入してください。 |
|  |

※複数の施設をまたぐ必要がある場合には、本様式を複写し、前任施設での従事期間も含めて証明してください。

※申請者が所属長の場合は、施設長の記名・押印としてください。

※施設名、所属長名は自筆でなくても差支えありません。

HIV感染症更新・様式３

HIV感染症に関する活動の記録

|  |
| --- |
| 施設内・地域・学会等における活動内容 |
|  |

※１　HIV感染症に関する活動の記録は、時系列に経歴がわかりやすいように記載してください。

※２　HIV感染症に関する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）を記載順で添付してください。

※３ パソコンを用いて作成してください（手書きは不可）

HIV感染症専門更新・様式４（該当者のみ添付）

|  |  |
| --- | --- |
| 更新申請者氏名 |  |
| 更新申請者所属施設名 |  |
| 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（※２） | 発　表　演　題　名 | 大 会 名 | 発表年月日／開催地 |
| １ |  |  |  | 　　　　年月　　日 |
|  |  |  |  |  |

※１：HIV感染症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：発表者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。

※３：発表者全員の内、更新申請に使用できるのは１名のみです。１名の方が更新申請に使用した場合、他の共同発表者が更新申請に使用することはできませんのでご注意ください。

※４：抄録、要旨集等で発表年月日がわかる部分と発表要旨（発表内容の主旨がわかるもの）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、添付資料は返却いたしません）。

※５：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４の後ろに番号順に添付してください。

※６：パソコンを用いて作成し、紙面が不足する場合は、本様式を複写して使用してください。

HIV感染症専門更新・様式５（該当者のみ添付）

|  |  |
| --- | --- |
| 更新申請者氏名 |  |
| 更新申請者所属施設名 |  |
| 学術論文数 |  | 編 | うち、筆頭著者 |  | 編 |

HIV感染症領域に関する学術論文リスト

（～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（※２） | 論　文　題　名 | 学 術 雑 誌 名 | 掲載年巻・号初頁〜終頁 |
| １ |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

※１：HIV感染症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：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。

※３：著者全員の内、更新申請に使用できるのは３名のみです。３名の方が更新申請に使用した場合、他の共同著者が更新申請に使用することはできませんのでご注意ください。

※４：当該論文は、すべての頁をＡ４用紙にコピーして添付してください。

※５：当該論文に係る学会誌、学術雑誌の投稿規程をＡ４用紙にコピーして※４に続けて添付してください。

※６：掲載決定済みであるが未発刊（in press）の論文の場合は、掲載決定通知をA4用紙にコピーして、
※４※５に続けて添付してください。

※７：複数の論文がある場合は掲載年月の順に番号を付し、論文等にも同じ番号を付してください。

※８：パソコンを用いて作成し、紙面が不足する場合は、本様式を複写して使用してください。

HIV感染症専門更新・様式６

講習会等の取得単位

**令和６年６月１日施行で講習会単位に関する更新条件が変更となっておりますので、ご確認ください。**

【記入における注意事項】

１　受講した講習会等を受講年月日順に並べ、番号を付し、受講の証明となるもの・プログラム等にも同じ番号を付してください。

２　参加履修証明として受講の証明となるもの及びプログラム等（開催日時がわかるもの）の写しをA4用紙にコピーして添付してください（原本をお送りいただいても、添付資料の返却はいたしません）。ただし、都道府県病院薬剤師会主催・共催の講習会及び更新条件に定められている学会・研究会・職能団体等が主催する講習会については、プログラムの添付は必要ありません。

|  |
| --- |
| 日病薬病院薬学認定薬剤師制度の研修会実施機関が実施し、かつ、日病薬病院薬学認定薬剤師制度の研修単位シール（以下、研修単位シール）が配布される講習会には、受講証などの写しに研修単位シール（原本）を貼付して下さい。令和６年４月以降に開催された研修については、研修単位シールに代わり日病薬病院薬学認定薬剤師制度取得単位　使用先変更証明書を添付してください。 |

＜講習会単位申請時の必要書類＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 令和4年3月31日までに開催の講習会 | 令和4年4月1日～令和6年3 月31日に開催の講習会 | 令和6年4月1日以降に開催の講習会 |
| 日病薬が主催 | ・受講証明書 ・研修単位シール（原本） | ・受講証明書のみ | ・受講証明書・日病薬病院薬学認定薬剤師制度取得単位 使用先変更証明書 |
| 日病薬以外が主催 | ・受講証明書 ・研修単位シール（原本） | ・受講証明書・日病薬病院薬学認定薬剤師制度取得単位 使用先変更証明書 |

３　日本病院薬剤師会のHIV感染症に関する講習会あるいは国立研究開発法人国立国際医療研究センター病院エイズ治療・研究開発センター及びＨＩＶ／ＡＩＤＳブロック拠点病院が実施する講習会で１２単位以上取得している必要がありますのでご注意ください（必須）。

４　学会発表・学術論文を単位として申請する場合は、学会発表の場合、発表年月日がわかる部分と発表要旨を、学術論文の場合、論文の全ての頁の写しを添付してください。（様式３、４に添付の場合は不要です）

５　パソコンを用いて作成し、紙面が不足する場合は、本様式を複写して使用してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 受講年月日（西暦） | 講習会・学術大会名・論文タイトル等 | 主催団体名 | 単位数 | WEB /現地参加/学会発表/論文/必須 |
| 1 | 2019年10/〇 | 〇〇雑誌 〇巻〇号（筆頭著者） | 〇〇学会 | 10 | 論文 |
| 2 | 2020年9/〇 | 〇〇〇〇 | ○○県病院薬剤師会 | 0.75 | 現地参加 |
| 3 | 2021年〇/1～〇/10 | 第〇回〇〇学会学術集会シンポジウム | 〇〇学会 | 1 | WEB  |
| 4 | 2022年2/〇 | エイズ治療・研究開発センター研修 | 国立研究開発法人国立国際医療研究センター病院 | 6 | WEB/必須 |

【記載例】

【従前の講習単位資格（令和８年度までの経過措置）で申請する場合の注意事項】

６　従前の講習単位資格（令和８年度までの経過措置）で申請する際は、令和４年１２月１７日付けのＱ＆Ａも合わせて確認し、申請してください。

７　学会・研究会・職能団体が主催する学術集会にWEBで参加した場合、日病薬病院薬学認定薬剤師制度の研修単位シールが配布される学術集会では、ネームカード（参加証）に学術集会に参加し受領した全ての研修単位シール（令和６年度以降は日病薬病院薬学認定薬剤師制度取得単位 使用先変更証明書）を貼付してください。一つの学術集会で受領した研修単位シールを専門薬剤師制度および日病薬病院薬学認定薬剤師制度へ分割して申請に使用することはできません。各学術集会の単位数の上限は、３日間×（３単位／１日）となります。学術集会の参加単位と当該学術集会で行われたシンポジウムの単位を二重で取得をすることはできません。

【記載例】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 受講年月日（西暦） | 講習会・学術大会名・論文タイトル等 | 主催団体名 | 単位数 | WEB /現地参加/学会発表/論文/必須 |
| １ | 2023年〇/1～〇/10 | 第〇回〇〇学会学術集会 | 〇〇学会 | ９単位 | WEB  |

HIV感染症専門更新・様式６

**研修単位シールは、**

**原本以外は無効です。**

※4/1～3/31の期間で

毎年最低３単位以上

|  |  |
| --- | --- |
| 更新申請者氏名 |  |
| 更新申請者所属施設名 |  |
| 総単位 |  | 単位 | 内、必須単位 |  | 単位 |
| HIV感染症専門薬剤師認定期間 | 　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **□令和６年６月１日施行の更新条件５．（５）で申請します。** | **□従前の講習単位資格（令和８年度までの経過措置）で申請します。** |
| 主な相違点 | 総単位２５単位以上対象の学術集会の専門領域シンポジウムへ参加し、受講証書等が発行される場合　　　1単位/２時間 | 総単位４０単位以上対象の学術集会への参加単位　３単位/日 |

〇申請方法を選択し、チェックしてください。

取得単位

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 受講年月日（西暦） | 講習会・学術大会名・論文タイトル等 | 主催団体名 | 単位数 | WEB/現地参加/学会発表/論文/必須 |
| 1 | 　　年　　/ |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |

HIV感染症専門更新・様式７

|  |  |
| --- | --- |
| 更新申請者氏名 |  |
| 更新申請者所属施設名 |  |

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。