**受付番号№**

**一般社団法人 日本病院薬剤師会**

**2025年度 海外派遣事業　応募申請書**

申請日　西暦　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　名 | 印 | | 性別 | 男　・　女 | |
| 英語表記 |  | | | | |
| 生年月日 | 西暦　　　　年　　 月　　 日　　　　　　（年齢　　　　歳） | | | | |
| E-mail | @ | | | | |
| 現住所 | 〒　　　－ | | 電話 |  | |
| FAX |  | |
| 所属施設  部門名  役職名 |  | | 電話 |  | |
| 内線 |  | |
| FAX |  | |
| 所属施設の  所在地 | 〒　　　－ | | | | |
| 所属施設の種類 | □都道府県がん診療連携拠点病院  □地域がん診療連携拠点病院  □全国がんセンター協議会加盟施設 | □特定機能病院  □一般病院  □保険薬局　(がん患者数：　　　人/月) | | | |
| 研修施設の認定 | □日本病院薬剤師会が認定する研修施設  □日本医療薬学会が認定するがん専門薬剤師研修施設  □日本臨床腫瘍薬学会が認定する研修施設  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 学歴  大学卒業以後 | *199X年 ABCDE薬科大学卒業*  *200X年　ABC大学薬学研究科博士課程前期修了* | | | | |
| 職歴  研修歴も含む | *20XX年 ABCDE病院 薬剤入職*  *200X年 XYZがんセンター勤務* | | | | |
| 薬剤師免許 | 登録番号　第　　　　　 号 | | | | |
| がん領域の専門性に関する認定 | 認定資格名（団体名）・認定番号・認定期間 | | | | |
|  | 認定番号　　　　　認定期間　西暦　　　年　 月　 日～　　　年　 月　 日 | | | | |
|  | 認定番号　　　　　認定期間　西暦　　　年　 月　 日～　　　年　 月　 日 | | | | |
|  | 認定番号　　　　　認定期間　西暦　　　年　 月　 日～　　　年　 月　 日 | | | | |
|  | 認定番号　　　　　認定期間　西暦　　　年　 月　 日～　　　年　 月　 日 | | | | |
|  | 認定番号　　　　　認定期間　西暦　　　年　 月　 日～　　　年　 月　 日 | | | | |
|  | 認定番号　　　　　認定期間　西暦　　　年　 月　 日～　　　年　 月　 日 | | | | |
| 所属学会 | □日本病院薬剤師会（会員番号：　　　　　　　）  □日本医療薬学会　（会員番号：　　　　　　　）  □日本臨床腫瘍薬学会（会員番号：　　　　　　）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 賞　罰 |  | | | |
| 健康状態 |  | | | |
| 英語力 | 資格・試験（　　　　点数　　　　級.　　　取得年：　　年）  留学経験（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  その他（具体的に）（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ※英語力を証明する書類を提出してください。（例　TOEIC、英検、TOEFLなどの証書の写し等） | | | |
| 原著論文 | がん領域のみ、過去10年間の主な論文を記載（学会の抄録は含まない）  著者名（5名以上は他）・題名・雑誌名・巻数・ページ数・年 | | | | |
| 学会報告 | がん領域のみ、過去10年間の主な発表を記載  発表者名（5名以上は他）・題名・学会名・年 | | | | |
| 著書、総説 | がん領域のみ、過去10年間の発表を記載  著者名（5名以上は他）・題名・雑誌名・巻数・ページ数（著書タイトル・分担部分）・年 | | | | |
| 過去の海外渡航経験  (学会、セミナー、研修等) | 学会名、研修先名、期日などを記載  （均てん化を図るために、公的助成を受けた経験がない者、若手薬剤師を優先します。） | | | | |
| その他  （がん領域の専門性に関する認定資格を有する薬剤師と同等の能力を有する場合） | がん領域の専門性に関する認定資格を有する薬剤師と同等の能力を有する者であるとされるがん領域での活動内容及び資格内容（がん認定・専門薬剤師資格以外） | | | | |

１－２ページの枠の増減は自由、がん専門認定資格については枠追加可

今回の応募について

|  |  |
| --- | --- |
| 応募動機  500  文字以内 |  |
| 専門領域 | 肺がん、乳がんなど、外来化学療法室など専門又は得意な領域等を記載 |
| 実地研修の目的  500  文字以内 |  |

上記の通り、2025年度がん領域の専門的な知識、技能を有する薬剤師を対象とした最新のがん薬物療法分野における継続教育に関する助成事業『がん領域の専門性に関する認定を取得した薬剤師海外研修事業助成』に応募申請致します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名：　　　　　　　　　　　　印

推　薦　書

|  |
| --- |
|  |

以上の理由より、申請者を推薦致します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 推  薦  者 | 所属施設所在地 〒  所属施設名  氏　　　名　　　　　　　　　　　　　　　　印 | 電話 |
| 役職 |

西暦　　　年　　月　　日

一般社団法人日本病院薬剤師会

会長　武田　泰生　殿

派 遣 承 諾 書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属機関・施設の長 | 機関・施設名 |  | | |
| 所在地 | 〒 | | |
| 職名 |  | 氏名 | 職印 |

　貴会の2025年度 がん領域の専門的な知識、技能を有する薬剤師を対象とした最新のがん薬物療法分野における継続教育に関する助成事業『がん領域の専門性に関する認定を取得した薬剤師海外研修事業助成』よって、当機関・施設所属の職員が下記の通り派遣されることが決定した場合には、派遣を承諾致します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被派遣者 | 氏名 |  | 職名 |  |
| 派遣期間 | 2025年10月19日（日）～26日（日）における移動日含めた8日間 | | | |
| 派遣先 | ＜米国＞  ・University of California , Irvine（UCI） での講義受講  ・UCI Medical Centerでの実地研修、情報交換等 | | | |