

※認定番号 _____

※ 申請受付番号 _____

(※印は記入しないで下さい)

がん薬物療法認定薬剤師認定申請書

申請年月日	平成 年 月 日
(ふりがな) 申請者氏名	() ㊟
生年月日 (満年齢)	年 月 日 (歳)
性別	男 ・ 女 (○を付けて下さい)
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 _____@_____
薬剤師名簿 (免許)	登録番号：第 _____ 号 登録年月日： 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) 番号を記入して下さい	日本病院薬剤師会生涯研修履修認定：第 _____ 号 日本医療薬学会認定：第 _____ 号 日本薬剤師研修センター認定：第 _____ 号 日本臨床薬理学会認定：第 _____ 号 その他 (_____)
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下さい	日本病院薬剤師会： 日本薬剤師会： 日本医療薬学会： 日本薬学会： 日本癌学会： 日本癌治療学会： 日本臨床腫瘍学会：
専門業務従事年月 実習研修は修了証のあるものを記入されれば参考にします	申請時において引き続き： 年 月 従事 (うち、前任施設での従事がある場合の期間： 年 月 ～ 年 月) 実習研修等の経験がある場合の期間： 年 月 ～ 年 月 月 (あるいは 計 年、 月、 週、 日)
講習会・教育セミナー	合計 _____ 時間 (_____ 単位)
薬剤管理指導	症例 (がん種 _____ 種類)

註1：3ヵ月間研修の修了証の写しもしくはがん薬物療法認定薬剤師認定試験合格通知の写しを添付して下さい。

註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。

がん薬物療法に従事していることの証明書

(社) 日本病院薬剤師会
がん専門薬剤師認定審査委員会 御中

申請者氏名 _____

上記の者は、本施設において、 年 月から
 現在まで
 年 月まで

薬剤師としてがん薬物療法に従事していたことを証明します。

平成 年 月 日

施設名 _____

施設長名 _____ (印)

その他、特記すべき事項があれば、記入して下さい。

(注：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下さい。)

申請者氏名_____

申請者所属施設名_____

合計の参加・履修時間 _____時間 (____単位)

講習会・教育セミナー等の参加履修証明

年月日	講習会・教育セミナー等の名称	主催団体名	時間（単位）数	証明
				有 無
				有 無
				有 無
				有 無
				有 無
				有 無
				有 無
				有 無
				有 無
				有 無

(注1：参加・履修証明の有無を○で囲み、有のものについては証明書ならびに講習会・教育セミナー等のプログラムの写しを添付して下さい。)

(注2：紙面が不足する場合は、本様式を複写して使用して下さい。)

がん薬物・様式4

申請者氏名 _____
 申請者所属施設名 _____
 薬剤管理指導症例数 _____例 (がん種 _____)

がん患者への薬剤管理指導実績の要約

(症例番号を付し、性別・年齢・がん種・TMN/Stage・化学療法の内容・指導内容などを要約して下さい)

症例	年齢・性別	
	がん種 (TNM/Stage)	
	治療内容	化学療法 (_____), 手術, 緩和, その他 (_____)
	入院期間	
	薬剤管理指導業務 内容の要約	
症例	年齢・性別	
	がん種 (TNM/Stage)	
	治療内容	化学療法 (_____), 手術, 緩和, その他 (_____)
	入院期間	
	薬剤管理指導業務 内容の要約	
症例	年齢・性別	
	がん種 (TNM/Stage)	
	治療内容	化学療法 (_____), 手術, 緩和, その他 (_____)
	入院期間	
	薬剤管理指導業務 内容の要約	

症例	年齢・性別	
	がん種 (TNM/Stage)	
	治療内容	化学療法 (), 手術, 緩和, その他 ()
	入院期間	
	薬剤管理指導業務 内容の要約	
症例	年齢・性別	
	がん種 (TNM/Stage)	
	治療内容	化学療法 (), 手術, 緩和, その他 ()
	入院期間	
	薬剤管理指導業務 内容の要約	
症例	年齢・性別	
	がん種 (TNM/Stage)	
	治療内容	化学療法 (), 手術, 緩和, その他 ()
	入院期間	
	薬剤管理指導業務 内容の要約	
症例	年齢・性別	
	がん種 (TNM/Stage)	
	治療内容	化学療法 (), 手術, 緩和, その他 ()
	入院期間	
	薬剤管理指導業務 内容の要約	

所 属 施 設 長 の 推 薦 書

(社) 日本病院薬剤師会
会長 伊賀 立二 殿

申請者氏名 _____

上記の者は、本施設の常勤薬剤師であり、がん薬物療法に造詣が深く、
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。また、申請者は、本施設内におけるがん専門医等の診療
部門との連携・協同によるチーム医療の活動経験も十分であります。

よって、上記の申請者を貴会の認定制度によるがん薬物療法認定薬剤師に
ふさわしいと考え、ここに推薦いたします。

平成 年 月 日

施設名 _____

施設長名 _____ (印)

その他、特記すべき事項があれば、記入して下さい。