

※認定番号 \_\_\_\_\_

過渡的措置認定精神科専門・様式 1

※申請受付番号 \_\_\_\_\_

(※は記入しないで下さい)

## 精神科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	( ) (印)
生年月日(満年齢)	年 月 日 ( 歳)
性別	男・女 (○を付けてください)
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： 日本臨床薬理学会： 日本精神神経学会： 日本神経精神薬理学会： 日本臨床精神神経薬理学会： 日本生物学的精神医学会： 日本病院・地域精神医学会： 日本社会精神医学会： 日本老年精神医学会：
専門業務従事年月 実習研修は研修証のあ 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 (あるいは 計 年、 月、 週、 日)
学会発表	回(うち、発表者 回)
学術論文	編(うち、筆頭著者 編)
薬剤管理指導	症例(統合失調症 症例、気分障害 症例、神経症・心身症 症例、 アルコール依存症 症例、認知症 症例、その他 症例)

※1 薬剤師免許証の写しを添付してください。

※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。

精神科領域における薬剤管理指導業務に従事していることの証明書

(社) 日本病院薬剤師会  
精神科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

薬剤師として精神科領域における薬剤管理指導業務に従事していたことを証明します。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

施設名 \_\_\_\_\_

所属長名 \_\_\_\_\_ (印)

その他、特記すべき事項があれば、記入して下さい。

※ 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\_\_\_\_\_

発表回数 \_\_\_\_\_回 (うち、演者 \_\_\_\_\_回)

精神科領域における学会発表リスト

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下さい

※2 用紙が不足する場合は、本様式を複写して使用して下さい。

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)

精神科領域における学術論文リスト

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 掲載論文の場合は、すべて頁の写しを添付して下さい。
- ※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下さい。
- ※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下さい。
- ※4 用紙が不足する場合は、本様式を複写して使用して下さい。

申請者氏名\_\_\_\_\_

申請者所属施設名\_\_\_\_\_

薬剤管理指導症例数 \_\_\_\_\_例 (精神疾患種数 \_\_\_\_\_)

### 精神疾患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・精神疾患名、治療の内容、指導内容などを要約して下さい)

症例	年齢・性別	
	精神疾患名	
	治療内容	薬物治療 ( )、心理教育、精神療法、 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	
	精神疾患名	
	治療内容	薬物治療 ( )、心理教育、精神療法、 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	
	精神疾患名	
	治療内容	薬物治療 ( )、心理教育、精神療法、 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	
	精神疾患名	
	治療内容	薬物治療（ ）、心理教育、精神療法、 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	
	精神疾患名	
	治療内容	薬物治療（ ）、心理教育、精神療法、 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	
	精神疾患名	
	治療内容	薬物治療（ ）、心理教育、精神療法、 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	
	精神疾患名	
	治療内容	薬物治療（ ）、心理教育、精神療法、 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、精神科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、本施設内における精神科専門医等の診療  
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精神科専門薬剤師にふさわ  
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 \_\_\_\_\_ ⑩

その他、特記すべきことがあれば、記入して下さい。