

# がん専門薬剤師研修事業応募申請書

様式 1

ふりがな		※ 管理番号
氏 名	Ⓜ	
生年月日	昭和 年 月 日生 ( 歳) 男 ・ 女	
所属団体 所属学会	<input type="checkbox"/> 日本病院薬剤師会 (会員番号: ) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
資 格	(認定薬剤師, その他)	
発表論文等 (がん領域に 限る)	発表論文	
	学会報告	
	その他	
研修 希望施設	第1希望	
	第2希望	
	第3希望	
貴施設における 業務内容	<input type="checkbox"/> 病院薬剤師の実務経験年数 年 <input type="checkbox"/> 注射抗がん剤調製経験 ○ 有 ○ 無 <input type="checkbox"/> がん患者への薬剤管理指導業務経験 ○ 有 ○ 無 (有の場合 約 件) <input type="checkbox"/> TDM業務経験 ○ 有 ○ 無 <input type="checkbox"/> ICT, NST, 緩和ケアチームなどの活動への参加経験 ○ 有 ( 年) ○ 無 <hr/> ※ 現在、所属施設において、がん薬物療法に従事している業務内容を具体的に記載してください。	

- (記載要領) 1 当該欄は楷書で正確にもれなく記入すること。(※印の欄を除く)  
 2 黒インクを用い、数字は算用数字で記入すること。

本籍	都道府県	現住所 (連絡先)	〒	Tel ( )
学歴	大学薬学部 昭・平 年 月 日入学, 昭・平 年 月 日卒業 大学大学院 昭・平 年 月 日入学, 昭・平 年 月 日卒業			
研修歴・勤務歴	勤務期間	施設名		部科名
	昭・平 年 月 日～昭・平 年 月 日			
	昭・平 年 月 日～昭・平 年 月 日			
	昭・平 年 月 日～昭・平 年 月 日			
	昭・平 年 月 日～昭・平 年 月 日			
	昭・平 年 月 日～昭・平 年 月 日			
	昭・平 年 月 日～昭・平 年 月 日			
	昭・平 年 月 日～昭・平 年 月 日			
薬剤師免許	登録 昭和・平成 年 月 日 第 号			
賞罰	1 無 ・ 2 有 (内容)			
健康状態 (既往歴)				

所属施設

施設名	
所在地	〒 Tel
施設の種類	<input type="checkbox"/> 地域がん診療連携拠点病院 <input type="checkbox"/> 全がん協加盟施設 <input type="checkbox"/> 特定機能病院 <input type="checkbox"/> 一般病院 <input type="checkbox"/> その他 ( )

\* この申請書は、研修施設決定後に研修生の情報として研修施設に提供いたしますので  
 予めご了承下さい。

# 所属施設長の推薦書

様式2

(社)日本病院薬剤師会  
会長 堀内 龍也 殿

申請者氏名 \_\_\_\_\_

上記の者は、本施設の職員であり、がん医療に造詣が深く、また本施設においてがん薬物療法に関わる職務経験が十分であることから、貴研修事業にふさわしいと考え推薦いたします。

施設名 \_\_\_\_\_

施設長名 \_\_\_\_\_ (印)

平成 年 月 日

## 《アンケート調査》

### がん専門薬剤師研修事業に係るアンケート調査

調査項目	回答
【1】この研修に参加する目的を記載して下さい。	
【2】この研修で習得したいこと及び研修施設に望むことを記載して下さい。	
【3】今回希望した研修施設の選択理由を記載して下さい。	
【4】現時点で、日病薬のがん薬物療法認定薬剤師認定申請資格の(2)、(3)、(6)を満たしていますか？	<p>満たしている項目を○(マル)で囲んで下さい。</p> <p>(2) ・ (3) ・ (6)</p>
<p>【5】来年度(上半期を予定)のがん薬物療法認定薬剤師認定申請の受付までに、全ての認定申請資格を満たして申請することは可能ですか？</p> <p>不可能な場合は、その理由を説明して下さい。</p>	<p>どちらか一方を「○(マル)」で囲んで下さい。</p> <p>可能                      不可能</p> <p>&lt;不可能な場合の理由を記載して下さい&gt;</p>
<p>【6】今年度中に開催される「がん専門薬剤師研修事業講義研修『集中教育講座』」の受講予定の会場名を選んで下さい。(見込みで可能です。)</p>	<p>① 大阪会場 (7/5・6)</p> <p>② 福岡会場 (11/15・16)</p> <p>③ 東京会場 (12/20・21)</p> <p>※上記のうち、いずれかの会場での受講が必須です。</p> <p>受講済み(予定)会場の番号を記載して下さい。[                      ]</p>
<p>【7】現在、あなたが<u>薬剤師として個人的に責任を問われた場合に適用される賠償責任保険の加入状況</u>についてお知らせ下さい。</p>	<p>① 薬剤部局の全勤務者がカバーされる「病院薬局契約」に加入している。</p> <p>② 個人のみがカバーされる「個人契約」に加入している。</p> <p>③ 個人的な責任をカバーできる保険には加入していない。</p> <p>④ その他の保険に加入している。(この場合、具体的な賠償内容を記載して下さい。)</p> <p>該当番号を記載して下さい。 [                      ]</p> <p>&lt;④の場合の具体的な内容&gt;</p>

\* このアンケート調査の内容につきましては、可能な範囲内でご回答下さい。なお、研修施設にも情報提供する場合があります。