

※認定番号 _____

精神科認定・様式1

※申請受付番号 _____

(※は記入しないでください)

精神科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	() (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
薬剤師としての 実務経験年数	通算： 年 カ月
認定薬剤師 該当するものについて 有効な最新 (更新) 番号 を記入してください	日本病院薬剤師会生涯研修履修認定薬剤師：第 号 日本医療薬学会認定薬剤師：第 号 認証機構により認証された生涯研修認定制度による認定薬剤師： 認定機関名 () 認定番号 () 日本臨床薬理学会認定薬剤師：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 してください	日本病院薬剤師会： 日本薬剤師会： 日本医療薬学会： 日本臨床精神神経薬理学会： 日本薬学会： 日本生物学的精神医学会： 日本臨床薬理学会： 日本病院・地域精神医学会： 日本精神神経学会： 日本社会精神医学会： 日本神経精神薬理学会： 日本老年精神医学会：
精神科薬物療法の 専門業務従事年月	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)
講習会・教育セミナー	合計 時間 (単位)
薬剤管理指導	合計 症例 抗精神病薬 症例、抗うつ薬 症例、抗てんかん薬 症例、抗不安薬 症例、 睡眠薬 症例、抗パーキンソン薬 症例、認知症治療薬 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。

※3 精神科薬物療法認定薬剤師認定試験の合格通知の写しを添付してください。

精神科領域における薬物療法に従事していることの証明書

社団法人 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 _____

本施設は、精神科を標榜する病院または診療所であり、

また、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 _____

所属長名 _____ (印)

その他、特記すべき事項があれば、記入してください。

※ 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ください。

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ください)

※ワープロ書きにしてください(手書きは不可)

※入院期間は、具体的な年月日ではなく、通算の入院期間を記入してください

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・外来の別	入院 ・ 外来 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・外来の別	入院 ・ 外来 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・外来の別	入院 ・ 外来 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・外来の別	入院 ・ 外来 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・外来の別	入院 ・ 外来 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・外来の別	入院 ・ 外来 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・外来の別	入院 ・ 外来 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

社団法人 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、精神科薬物療法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、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 _____ ⑩

その他、特記すべきことがあれば、記入してください。