

※認定番号

感染制御認定・様式1

※申請受付番号

(※は記入しないでください)

感 染 制 御 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	() ⑩
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 ヶ月
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	1. 日本病院薬剤師会生涯研修履修認定薬剤師：第 号 2. 日本医療薬学会認定薬剤師 : 第 号 3. 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 認証機関名 () 認定番号 () 4. 日本臨床薬理学会認定薬剤師 : 第 号
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	1. 日本病院薬剤師会： 2. 日本薬剤師会： 1. 日本医療薬学会： 2. 日本薬学会： 3. 日本臨床薬理学会： 4. 日本TDM学会： 5. ICD制度協議会に加盟している学会・研究会 学会・研究会名 () 会員番号 ()
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)

※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 感染制御認定薬剤師認定試験合格通知の写しを添付してください。

感染制御活動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
感染制御専門薬剤師部門認定審査委員会 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

施設内の感染対策委員会または院内感染対策チームの一員（院内感染対策チームと連携しての活動を含む）として感染制御活動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。

感染制御活動の記録

施設内における活動内容

- ※1 感染制御活動の記録は、経歴がわかりやすいように記載してください。
- ※2 ワープロ書きにしてください（手書きは不可）

申請者氏名 _____
 申請者所属施設名 _____
 業務内容報告数 _____ 例

感染制御に貢献した業務内容の要約

※ワープロ書きにしてください（手書きは不可）

※業務内容（ ）は、1～20まで順に番号を付してください。

業務内容 ()	業務内容の種別 (該当する番号に ○を付けてくださ い)	1. 院内ラウンド・抗菌薬サーベイランス 2. 薬物血中濃度モニタリング 3. 薬剤管理指導業務 4. チームとしての活動 5. 薬剤部門での業務 6. 感染対策マニュアル・抗菌薬ガイドライン 7. 抗菌薬の使用制限 8. その他 ()
	業務内容の要約	
業務内容 ()	業務内容の種別 (該当する番号に ○を付けてくださ い)	1. 院内ラウンド・抗菌薬サーベイランス 2. 薬物血中濃度モニタリング 3. 薬剤管理指導業務 4. チームとしての活動 5. 薬剤部門での業務 6. 感染対策マニュアル・抗菌薬ガイドライン 7. 抗菌薬の使用制限 8. その他 ()
	業務内容の要約	

業務内容 ()	業務内容の種別 (該当する番号に ○を付けてくださ い)	1. 院内ラウンド・抗菌薬サーベイランス 2. 薬物血中濃度モニタリング 3. 薬剤管理指導業務 4. チームとしての活動 5. 薬剤部門での業務 6. 感染対策マニュアル・抗菌薬ガイドライン 7. 抗菌薬の使用制限 8. その他 ()
	業務内容の要約	
業務内容 ()	業務内容の種別 (該当する番号に ○を付けてくださ い)	1. 院内ラウンド・抗菌薬サーベイランス 2. 薬物血中濃度モニタリング 3. 薬剤管理指導業務 4. チームとしての活動 5. 薬剤部門での業務 6. 感染対策マニュアル・抗菌薬ガイドライン 7. 抗菌薬の使用制限 8. その他 ()
	業務内容の要約	
業務内容 ()	業務内容の種別 (該当する番号に ○を付けてくださ い)	1. 院内ラウンド・抗菌薬サーベイランス 2. 薬物血中濃度モニタリング 3. 薬剤管理指導業務 4. チームとしての活動 5. 薬剤部門での業務 6. 感染対策マニュアル・抗菌薬ガイドライン 7. 抗菌薬の使用制限 8. その他 ()
	業務内容の要約	

※1 本様式を複写して使用してください。

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、感染制御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、本施設内における他部門との連携・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感染制御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。