

※認定番号

感染制御専門・様式B-1

※申請受付番号

(※は記入しないでください)

感 染 制 御 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	() ⑩
生年月日 (満年齢)	年 月 日 (歳)
性 別	男 ・ 女 (該当に○を付けてください)
現 住 所	〒□□□-□□□□
勤 務 先 ・ 所 属 ・ 職 名	
勤 務 先 住 所	〒□□□-□□□□ 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	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. 日本薬剤師研修センター認定薬剤師 :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	1. 日本病院薬剤師会 : 2. 日本薬剤師会 : 3. 日本薬学会 : 4. 日本医療薬学会 : 5. 日本環境感染学会 :
学 会 発 表	回 (うち、発表者 回)
学 術 論 文	編 (うち、筆頭著者 編)

※ 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 : 感染制御専門薬剤師認定試験合格通知の写しを添付してください。

※ 4 : 感染制御専門様式B-7または、ICD制度協議会が認定するインフェクションコントロール
ドクターの認定書の写しを添付してください。

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、感染制御に造詣が深く、また施設内における感染対策活動の職務経験が十分であることから、感染制御専門薬剤師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

感染制御活動の記録

施設内における活動内容

※1：箇条書きにしてください。

申請者氏名 _____

申請者所属施設名 _____

発表回数 _____回（うち、演者 _____回）

感染制御・防止対策に関する学会発表リスト

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ください。

※2：用紙が不足する場合は、本様式を複写して使用してください。

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）

感染制御・防止対策に関する学術論文リスト

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：掲載論文は、すべての頁の写しを添付してください。

※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ください。

※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ください。

※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 _____

施設長名 _____ (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。