

※認定番号

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	() ⑨
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
学術団体 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：
学会発表	回 (うち、発表者 回)
学術論文	編 (うち、筆頭著者 編)

※ 1 精神科薬物療法認定薬剤師の認定証の写し(または認定審査結果通知文書の写し)を添付して下さい。

※ 2 精神科専門薬剤師認定試験合格通知の写しを添付して下さい。

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	掲載年 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。

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 _____ (印)

その他、特記すべきことがあれば、記入して下さい。