

※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	() 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
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： 日本精神科救急学会
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。

精神科専門・様式3

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。
精神科専門・様式4

所 属 施 設 長 の 推 薦 書

一般社団法人 日本病院薬剤師会
会 長 北 田 光 一 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 _____ ⑩

その他、特記すべきことがあれば、記入して下さい。