

※認定番号

感染制御専門・様式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	印		
生年月日(満年齢)	昭和 年 月 日	( 歳)	
性別	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	塗りつぶして(■)ください	
現住所	〒	—	都道府県
勤務先名			
所属・職名			
所在地	〒	—	都道府県
Tel・Fax	Tel		Fax
電子メールアドレス			
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	I C D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		
学会発表	回 (うち発表者 回)		
学術論文	編 (うち、筆頭著者 編)		

※1: 次の各書類を A4 用紙にコピーした写しを添付してください。

- ①「感染制御認定薬剤師の認定証」または「I C D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」、②「感染制御専門薬剤師認定試験合格通知」。

## 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、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

申請者氏名	
申請者所属施設名	
学会発表	回（うち演者 回）

### 感染制御領域に関する学会発表リスト

番号	発表者名 ※1	発表演題名	学会名	発表年月日 開催地
1				
2				
3				

□続きあり

- ※1：発表者は発表者全員を記載し、本人に下線を付してください。
- ※2：抄録、要旨集等、該当部分をA4用紙にコピーし、該当部分を枠で囲ったものを添付してください（原本をお送りいただいても、添付資料の返却はいたしません）。
- ※3：複数の発表がある場合は発表年月日の順に番号を付し、抄録等にも同じ番号を付してください。
- ※4：パソコンを用いて作成し、紙面が不足する場合は、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	編（うち筆頭 編）

## 感染制御制御領域に関する学術論文リスト

番号	著者名 ※1	論文題名	学術雑誌名	巻・号 初頁～終頁 発行年月※2
1				
2				

□続きあり

- ※1：著者は著者全員を記載し、本人に下線を付してください。
- ※2：当該論文は、すべての頁を A4 用紙にコピーして添付してください。
- ※3：当該論文に係る学会誌、学術誌の投稿規定を A4 用紙にコピーして※2 に続けて添付してください。
- ※4：掲載決定済みであるが未発刊（in press）の論文の場合は、掲載決定通知を A4 用紙にコピーして、  
※2※3 に続けて添付してください。
- ※4：複数の論文がある場合は掲載年月の順に番号を付し、論文等にも同じ番号を付してください。
- ※5：パソコンを用いて作成し、紙面が不足する場合は、本様式を複写して使用してください。