

※認定番号

感染制御更新・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 更 新 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			
感染制御専門薬剤師	認定番号:第	号	登録年月日: 年 月 日
認定薬剤師 認定を受けている認定薬剤師の認定団体欄を塗りつぶし(■)、有効な最新(更新)番号を記入してください	<input type="checkbox"/> 日本病院薬剤師会生涯研修履修認定:		
	<input type="checkbox"/> 日本医療薬学会認定:		
職能・学術団体等 該当するものについて欄を塗りつぶし(■)、有効な会員番号を記入してください	<input type="checkbox"/> 日本臨床薬理学会認定:		
	<input type="checkbox"/> 日本薬剤師研修センター認定:		
	<input type="checkbox"/> その他認証機構により認証された生涯研修制度による認定薬剤師 ( : )		
	<input type="checkbox"/> 日本病院薬剤師会: <input type="checkbox"/> 日本薬剤師会:		
	<input type="checkbox"/> 日本医療薬学会:		
	<input type="checkbox"/> 日本薬学会:		
	<input type="checkbox"/> 日本臨床薬理学会:		
	<input type="checkbox"/> 日本TDM学会: 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:		
学会発表	専門薬剤師の認定期間中に学会発表計 ( 回うち演者 回) <input type="checkbox"/> なし		
学術論文	専門薬剤師の認定期間中に学術論文計 ( 編うち筆頭 編) <input type="checkbox"/> なし		
感染制御に関する講習単位	感染制御専門薬剤師の認定期間中に 合計 単位 (そのうち、日本病院薬剤師会の感染制御に関する講習会あるいは厚生労働省委託の感染制御に関する講習会で計 単位取得)		

※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「感染制御専門薬剤師の認定証」、②「取得している認定薬剤師の認定証」

感染制御活動に従事していることの証明書

一般社団法人 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、感染制御専門薬剤師の認定期間中、

平成 年 月 日から、 平成 年 月 日まで  
現在まで

施設内において感染制御に関する専門的業務に従事していたこと、および施設内・  
地域・学会等において感染制御に関して指導的役割を果たしてきたことを証明します。

平成 年 月 日

施設名 \_\_\_\_\_

施設長名 \_\_\_\_\_ (印)

※複数の施設にわたって従事していた場合には、本様式を複写し、前任施設での従事期間についても  
証明書の提出が必要です。

感染制御活動の記録

施設内・地域・学会等における活動内容

- ※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：感染制御活動の記録に記入した事項を証明する資料（講演要旨の写し、執筆した出版物の表紙や目次の写し、執筆したガイドラインの写しなど）を記載順で添付してください。

感染制御更新・様式4

申請者氏名		
申請者所属施設名		
学会発表	<input type="checkbox"/> あり ( _____ 回うち演者 _____ 回)	<input type="checkbox"/> なし

感染制御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				

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：感染制御専門薬剤師の認定期間中の実績のみを記載してください。
- ※3：抄録、要旨集等、発表部分をA4用紙にコピーし、抄録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)。
- ※4：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。
- ※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。

感染制御更新・様式5

申請者氏名		
申請者所属施設名		
学術論文	<input type="checkbox"/> あり (__編 うち筆頭 編)	<input type="checkbox"/> なし

感染制御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				

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：感染制御専門薬剤師の認定期間中の実績のみを記載してください。
- ※3：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。
- ※4：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※3に続けて添付してください。
- ※5：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、  
※3※4に続けて添付してください。
- ※6：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。
- ※7：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		
6-1の講習会単位	<input type="checkbox"/> あり（合計 単位）	<input type="checkbox"/> なし

### 感染制御に関する講習単位の証明（その1）

感染制御に関する講習単位のうち、「日本病院薬剤師会の感染制御に関する講習会」あるいは「厚生労働省委託の感染制御に関する講習」**以外**の実績を記載してください。

番号	受講年月日	研修項目（講習会・学会・発表・論文等）	主催団体名	単位数
1	平成 年 /			

続きあり

- ※1：感染制御専門薬剤師の認定期間中の実績のみを記載してください。
- ※2：受講した講習会等の研修項目を受講年月日順に並べ、番号を付してください。
- ※3：受講の証明は、学会のネームカード等をA4用紙にコピーした写しを添付し、証明する講習会等と同じ番号を付してください。学会発表・論文発表の証明は、様式4もしくは様式5で添付している場合は省略してかまいません。
- ※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		
6-2の講習会単位	<input type="checkbox"/> あり（合計 単位）	<input type="checkbox"/> なし

### 感染制御に関する講習単位の証明（その2）

「日本病院薬剤師会の感染制御に関する講習会」あるいは「厚生労働省委託の感染制御に関する講習会」の実績を記載してください。

番号	受講年月日	研修項目（講習会・学会・発表・論文等）	主催団体名	単位数
1	平成 年 /			

続きあり

- ※1：感染制御専門薬剤師の認定期間中の実績のみを記載してください。
- ※2：受講した講習会等を受講年月日順に並べ、番号を付してください。
- ※3：受講の証明は、受講証書等をA4用紙にコピーした写しを添付し、証明する講習会等と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。