

※認定番号

精神科専門更新・様式1

※申請受付番号

(※は記入しないでください)

精神科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)	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 _____@_____
精神科専門薬剤師	認定番号：第 号 認定年月日： 年 月 日
認定薬剤師 該当するものについて 有効な最新 (更新) 番号 を記入してください	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. 認証機構により認証された生涯研修認定制度による認定薬剤師 認証機関名 () 認定番号 () 4. 日本臨床薬理学会認定薬剤師：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 してください	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. 日本臨床薬理学会： 6. 日本社会精神医学会： 7. 日本老年精神医学会： 8. 日本精神科救急学会： 9. 日本認知症学会： 10. 日本精神薬学会：
学会発表	精神科専門薬剤師の認定期間中に 計 回 (うち、発表者 回)
学術論文	精神科専門薬剤師の認定期間中に 計 編 (うち、筆頭著者 編)
精神科に関する 講習単位	精神科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 会の精神科に関する講習会あるいは厚生労働省委託の精神科に関する講習会で合計 単位取得)

※1 精神科専門薬剤師認定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。

精神科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
精神科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、精神科専門薬剤師の認定期間中に、施設内において精神科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・学会等において精神科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)

※ 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。

精神科活動の記録

施設内・地域・学会等における活動内容

- ※1 精神科活動の記録は、経歴がわかりやすいように記載してください。
- ※2 精神科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。

申請者氏名 _____

申請者所属施設名 _____

発表回数 ____回（うち、演者 ____回）

精神科に関する学会発表リスト

発表者名 (全発表者名を記載し、 本人に下線を付す)	発表演題名	学会名	年月 開催地

※1：精神科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：抄録・要旨集の該当部分の写しを記載順で添付してください。

※3：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）

精神科に関する学術論文リスト

著者名 (全著者名を記載し、 本人に下線を付す)	論文題名	学術雑誌名	巻・号 初頁～終頁

- ※1：精神科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：掲載論文は、すべての頁の写しを添付してください。
- ※3：当該論文に係る学会誌・学術雑誌の投稿規定の写しを※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、※2、3に続けて、掲載決定通知の写しを添付してください。
- ※5：上記の写しは、本リストに記載したすべての論文に記載順で添付してください。
- ※6：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 _____
 6-1の講習単位 _____ 単位

精神科に関する講習単位の証明（その1）

精神科に関する講習単位のうち、日本病院薬剤師会の精神科に関する講習会以外の実績を記載してください。

（時系列順に記載してください）

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：精神科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：講習会の受講証明や学会のネームカード等をA4用紙にコピーした写しなど研修項目を証明するものを記載順で添付してください。
- ※3：学会発表・論文発表の証明の添付は、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：平成27年4月1日以降に開催された精神科領域の講習会（日病薬の研修会実施機関が実施した精神科領域の講習会で、申請者が当該講習会で日病薬病院薬学認定薬剤師制度の研修単位シールを受領した場合に限る）を記載する場合は、参加証書・受講証書などの写しに日病薬病院薬学認定薬剤師制度の研修単位シール（原本）を貼付してください。
日病薬病院薬学認定薬剤師制度の研修単位シールが配布される講習会、学会等で研修単位シールの貼付が無い参加証・受講証・ネームカードの単位は無効となります。
- ※5：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 _____
 6-2の受講単位 _____ 単位

精神科に関する講習単位の証明（その2）

日本病院薬剤師会の精神科に関する講習会の講習実績を記載してください。

（時系列順に記載してください）

年月日	講習会名	主催団体名	単位数

- ※1：精神科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：講習会の受講証明をA4用紙にコピーした写しを記載順で添付してください。
- ※3：平成27年4月1日以降に開催された精神科領域の講習会（日病薬の研修会実施機関が実施した精神科領域の講習会で、申請者が当該講習会で日病薬病院薬学認定薬剤師制度の研修単位シールを受領した場合に限る）を記載する場合は、参加証書・受講証書などの写しに日病薬病院薬学認定薬剤師制度の研修単位シール（原本）を貼付してください。
日病薬病院薬学認定薬剤師制度の研修単位シールが配布される講習会、学会等で研修単位シールの貼付が無い参加証・受講証・ネームカードの単位は無効となります。
- ※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。