

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
認定期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日		

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（時間）
1	○年 □/□～□/□	○○学会	○○学会	9
2	○年 □/□～□/□	○○学会 発表（共同演者）	○○学会	1
3	○年 □/□	○○雑誌 ○巻○号（筆頭著者）	○○学会	10
4	○年 □/□	○○講習会	○県病院薬剤師会	0.75（100分）
5	○年 □/□	e-ラーニング セミナー番号（sem○） 講習会名「タイトル」	日本病院薬剤師会	0.5（60分）
6				
7				

□続きあり

※1：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、参加証・プログラム等にも同じ番号を付してください。

※2：参加履修証明として参加証等及びプログラム等（開催日時がわかるもの）の写しをA4用紙にコピーして添付してください（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）。ただし、都道府県病院薬剤師会主催・共催の講習会及び更新条件に定められている学会・研究会・職能団体等が主催する学術集会については、プログラムの添付は必要ありません。

平成27年4月1日以降に開催された感染制御領域の講習会（日病薬病院薬学認定薬剤師制度の研修会実施機関が実施し、かつ、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）には、受講証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）を貼付して下さい。他の研修単位シールを受領した場合は、当該シールと理由を記載した説明文書（書式自由）を添付して下さい。

※3：更新条件別記2の表で単位数により規定されている学術集会等の時間の欄は記入不要です。

※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
認定期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日		

感染制御に関する講習単位の証明（その2）【記載例】

「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。なお、「都道府県病院薬剤師会主催・共催の感染制御に関する講習会等」は（その1）に記載して下さい。

番号	受講年月日	講習会	主催団体名	単位数
1	○年 □/□	○○年度 感染制御専門薬剤師講習会 (東京会場2回目)	日本病院薬剤師会	6
	○年 □/□～□/□	○○年度 院内感染対策講習会	厚生労働省	12

□続きあり

- ※1：受講した講習会を受講年月日順に並べ、番号を付し、参加証・プログラム等にも同じ番号を付してください。
- ※2：参加履修証明として参加証等及びプログラム等（開催日時がわかるもの）の写しをA4用紙にコピーして添付してください（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）。ただし、日本病院薬剤師会の感染制御に関する講習会についてはプログラムの添付は必要ありません。

平成27年4月1日以降に開催された感染制御領域の講習会（日病薬病院薬学認定薬剤師制度の研修会実施機関が実施し、かつ、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）には、受講証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）を貼付して下さい。他の研修単位シールを受領した場合は、当該シールと理由を記載した説明文書（書式自由）を添付して下さい。

- ※3：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下さい。