HIV認定・様式３

講習会・教育セミナー等の取得単位

【記入における注意事項】

１　受講した講習会等を受講年月日順に並べ、番号を付し、受講の証明となるもの・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受講の証明となるもの及びプログラム等（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・共催の講習会については、プログラムの添付の必要はありません。

|  |
| --- |
| 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　日本病院薬剤師会、各都都道府県病院薬剤師会（ブロック開催も含む）、国立研究開発法人国立国際医療研究センター病院 エイズ治療・研究開発センター、HIV/AIDSブロック拠点病院のHIV感染症領域の講習会は、web参加の場合も、様式３に記載してください。

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。

【記載例】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 受講年月日  （西暦） | 講習会・学術大会名等 | 主催団体名 | 単位数  (時間） | WEB /  現地参加/  /必須 |
| 1 | 2019年9/〇 | 〇〇〇〇 | ○○県病院薬剤師会 | 0.75(90分） | 現地参加 |
| 2 | 2020年  〇/1～〇/10 | 第〇回〇〇学会学術集会  シンポジウム | 〇〇学会 | 1(2時間） | WEB |
| 4 | 2021年2/〇 | エイズ治療・研究開発センター研修 | 国立研究開発法人国立国際医療研究センター病院 | 5(10時間） | WEB/必須 |

HIV認定・様式３

申請者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者所属施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受講単位の合計　　　　　単位　（　　　　時間）

**研修単位シールは、**

**原本以外は無効です。**

講習会・教育セミナー等の取得単位（2018年10月以降）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 受講年月日  （西暦） | 講習会・学術大会名等 | 主催団体名 | 単位数  (時間） | WEB /  現地参加/  /必須 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |