HIV感染症認定更新・様式３（該当者のみ）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 更新申請者氏名 |  | | | | |
| 更新申請者所属施設名 |  | | | | |
| 学会発表回数 |  | 回 | うち、演者 |  | 回 |

HIV感染症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 | 大 会 名 | 年　月  開催地 |
| １ |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |

※１：発表者は発表者全員を記載し、申請者本人に下線を付してください。

※２：発表者全員の内、更新申請に使用できるのは１名のみです。１名の方が更新申請に使用した場合、他の共同発表者が更新申請に使用することはできませんのでご注意ください。

※３：HIV感染症薬物療法認定薬剤師の認定期間中の実績のみを記載してください。

※４：抄録、要旨集等で発表年月日がわかる部分と発表要旨（発表内容の主旨がわかるもの）を枠で囲ったものをＡ４用紙にコピーしてください（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）。

※５：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、様式３の後ろに番号順に添付してください。

※６：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。