精神科認定・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。 |

令和４年度から開催された精神科薬物療法認定薬剤師講習会については、受講証書のみの提出で問題ありません。（日病薬病院薬学認定薬剤師制度の研修単位シールの添付は、不要です。）

・令和４年度精神科薬物療法認定薬剤師講習会（第１回Web）

・令和４年度精神科薬物療法認定薬剤師講習会（第２回Web）

・令和５年度精神科薬物療法認定薬剤師講習会（第１回Web）

３　日本病院薬剤師会主催の精神科に関する講習会（必須）を1回以上受講している必要がありますのでご注意ください。

４　e-ラーニングで精神科薬物療法認定薬剤師講習会を受講しても、「日本病院薬剤師会主催の精神科に関する講習会を1回以上受講」の要件は満たしません。

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。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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/e-ラーニング  /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 | 2021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 |
| 3 | 2022年11/〇 | Sem〇　講習会名「タイトル」 | 日本病院薬剤師会 | 0.5(1時間） | e-ラーニング |
| 4 | 2023年2/〇 | 令和〇年度第〇回精神科薬物療法認定薬剤師講習会 | 日本病院薬剤師会 | 2.75(5時間30分） | WEB/必須 |

【記載例】

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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/e-ラーニング  /必須 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |