がん薬物・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、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、日本病院薬剤師会が主催する講習会及び都道府県病院薬剤師会主催・共催の講習会等については、プログラムの添付は必要ありません。

|  |
| --- |
| 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。誤って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年度以降に開催の以下のがん専門薬剤師集中教育講座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11月1日(火)～12月23日(水):令和４年度がん専門薬剤師集中教育講座

３日本病院薬剤師会主催のがん専門薬剤師に関する講習会（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「がん薬物療法認定薬剤師研修（３ヶ月研修（令和２年度以降は２ヶ月））」履修者が研修施設で受講した講義は、●●年度第●期●ヶ月研修、研修施設名、合計時間、合計単位を一行にまとめて記載し、同講義に関する受講証明書を添付してください。

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。

【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/研修/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 | 2021年  ○/1～○/31 | 〇〇年度第〇期〇ヶ月研修 | ○○病院 | 2.5(5時間) | 研修 |
| 4 | 2022年2/〇 | 令和〇年度第〇回がん集中教育講座 | 日本病院薬剤師会 | 2.75(5時間30分） | WEB/必須 |

がん薬物・様式-３

**研修単位シールは、**

**原本以外は無効です。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名 |  | | | |
| 申請者所属施設名 |  | | | |
| 受講単位の合計 |  | **時間** |  | **単位** |

（2時間 1単位）

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/研修/必須 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |