令和５年度第１期がん薬物療法認定薬剤師研修事業応募申請書　　様式１

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | ※管理番号 |
| 氏　　名 |  |
|
|  |
|
| 生年月日 | 昭和・平成　　　　年　　　月　　　日　生　（　　　歳）  　　男　・　女 |
|
|
| 所属施設名 |  | |
|
|
| 所属施設所在地  (連絡先) | 〒　　　　　　　　Tel( ) - (内線 )  **E-mail：** | |
|
|
| 所属施設  薬剤部責任者 | （肩書：　　　　　　　）　　氏名： | |
|
|
| 所属  施設長 | （肩書：　　　　　　　）　　氏名： | |
|
|
| 所属施設の  種類 | □地域がん診療連携拠点病院　□地域がん診療病院　□小児がん拠点病院  □全がん協加盟施設  □特定機能病院　□一般病院　□その他（　　　　　　　　　　　） | |
|
|
| 所属団体  所属学会 | * 日本病院薬剤師会　（会員番号：　　　　　　　　　） | |
|
|
| 資　格 | (認定薬剤師,その他) | |
|
|
| 発表論文等  (がん領域に限る) | 発表論文　（筆頭著者：　　編、　共同著者：　　編） | |
|
|
| 学会報告　（発表者：　　回、　共同発表者：　　回） | |
|
|
| その他 | |
|
|
| 研修  希望施設 | 第１希望 | |
|
|
| 第２希望 | |
|
|
| 第３希望 | |
|
|

|  |  |
| --- | --- |
| 所属施設  における  業務内容 | ◇ 病院薬剤師としての実務経験年数：　　年　　ヶ月  ◇ 注射抗がん薬調製経験　□ 有（直近1年間で約　　　　件）　□ 無  ◇ がん患者への薬剤管理指導業務経験　□ 有（直近1年間で約　　　　件）　□ 無  ◇ TDM業務経験　□ 有　 □ 無  ◇ ICT,NST,緩和ケアチームなどの活動への参加経験　□ 有（　　年 ヶ月） □ 無  ------------------------------------------------------------------------------  ※ がん薬物療法に関する業務内容(自らの係わり合い)を、具体的に記載して下さい。 |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本　籍 | 都道府県 | 現住所 | 〒  Tel 　　　　（ ） | | |
|
|
| 学　歴 | 大学薬学部　平･令　　年　　月　　日入学,平･令　　年　　月　　日卒業  大学大学院　平･令　　年　　月　　日入学,平･令　　年　　月　　日卒業 | | | | |
|
|
|
|
|
| 研  修  歴  ・  勤  務  歴 | 勤　務　期　間 | | | 施　　設　　名 | 部科名 |
| 平・令　年　月　日～平・令　年　月　日 | | |  |  |
| 平・令　年　月　日～平・令　年　月　日 | | |  |  |
| 平・令　年　月　日～平・令　年　月　日 | | |  |  |
| 平・令　年　月　日～平・令　年　月　日 | | |  |  |
| 平・令　年　月　日～平・令　年　月　日 | | |  |  |
| 平・令　年　月　日～平・令　年　月　日 | | |  |  |
| 平・令　年　月　日～平・令　年　月　日 | | |  |  |
| 平・令　年　月　日～平・令　年　月　日 | | |  |  |
| 薬剤師 免許 | 登録　　平成・令和　　 　年　　　 月　　　日　第　　　　　号 | | | | |
| 賞　罰 | １　無　・　　２　有（内容） | | | | |
|
|
| 健康状態  （既往歴） |  | | | | |

* この申請書(様式1)については、研修施設決定後に研修者情報として研修施設に提供いたしますので、予めご了承下さい。

　　　　　　　　　　　　所属長の推薦書　　　　　　　　様式２

|  |
| --- |
| (一社)日本病院薬剤師会  会 長　殿  申 請 者 氏 名  上記の者は、本施設の職員であり、がん医療に造詣が深く、また本施設においてがん薬物療法に関わる職務経験が十分であることから、貴研修にふさわしいと考え推薦いたします。  施設名  所　属　長　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  令和　　　　年　　　　月　　　　日 |

≪アンケート調査≫　　　　　　※必ず、ご提出ください

がん薬物療法認定薬剤師研修事業に係るアンケート調査

|  |  |
| --- | --- |
| 調査項目 | 回　答 |
| 【１】この研修に参加する目的を記載して下さい。 |  |
| 【２】この研修で習得したいこと及び研修施設に望むことを記載して下さい。 |  |
| 【３】今回希望した研修施設の選択理由を記載して下さい。 |  |
| 【４】現時点で、日病薬のがん薬物療法認定薬剤師認定申請資格の(2)、(3)、(4)(7)を満たしていますか？ | 満たしている項目を○（マル）で囲んで下さい。  (2) ・ (3) ・ (4) ・ (7) |
| 【５】来年度のがん薬物療法認定薬剤師認定申請の受付までに、全ての認定申請資格を満たして申請することは可能ですか？  不可能な場合は、その理由を説明して下さい。 | どちらか一方を「○（マル）」で囲んで下さい。  可能　　　　不可能  ＜不可能な場合の理由を記載して下さい＞ |

* このアンケート調査の内容につきましては、可能な範囲内でご回答下さい。なお、研修施設にも情報提供する場合があります。