ＨＩＶ感染症薬物療法認定薬剤師フォローアップ研修応募申請書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | ※管理番号 |  |
| 氏　　名 |  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  |
|  |
|  |  |
|  |
| 生年月日 | 　　　　　　　　　年　　　月　　　日　生　（　　　歳）　　　　　　　　　男　・　女 |  |
|  |
|  |
| 施設名 |  |
| 所在地 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡　　　( )　　　　E-mail @ 　 　  |
| 施設の種類 | □エイズブロック拠点病院　□エイズ中核拠点病院□エイズ拠点病院　□エイズ協力病院　□特定機能病院□一般病院　□保険薬局　□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 | ＨＩＶ感染症薬物療法認定薬剤師認定番号：認定期間： |  |
|  |
|  |
| ＨＩＶ感染症薬物療法認定薬剤師の認定期間中の発表論文等(ＨＩＶ感染症領域に限る) | 発表論文 |  |
|  |
|  |
| 学会報告 |  |
|  |
|  |
| その他 |  |
|  |
|  |
| 研修希望施設 | 第1希望施設 |  |
|  |
|  |
| 第2希望施設 |  |
| 第3希望施設 |  |
|  |
|  |
| 貴施設における業務内容 | * 入院ＨＩＶ感染症患者への服薬指導経験　○　有　○　無（有の場合　約　　件）
* 外来ＨＩＶ感染症患者への服薬指導経験　○　有　○　無（有の場合　約　　件）
* 過去1年間の抗HIV療法実施患者数（申請時点での実患者数、外来・入院を含む）

□ 5人未満　□ 10人未満　□ 20人未満　□ 30人未満　□ 30人以上　□ 100人以上 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

（記載要領）１　当該欄は楷書で正確にもれなく記入すること。（※印の欄を除く）

　　　　　　２　黒インクを用い,数字は算用数字で記入すること。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 研修歴・勤務歴 | 勤　務　期　間 | 施　　設　　名 | 部科名 |  |
| 　　　年　月　日～　　　年　月　日 |  |  |  |
| 　　　年　月　日～　　　年　月　日　 |  |  |  |
| 　　　年　月　日～　　　年　月　日　 |  |  |  |
| 　　　年　月　日～　　　年　月　日　 |  |  |  |
| 　　　年　月　日～　　　年　月　日　 |  |  |  |
| 　　　年　月　日～　　　年　月　日　 |  |  |  |
| 　　　年　月　日～　　　年　月　日　 |  |  |  |
| 　　　年　月　日～　　　年　月　日　 |  |  |  |
| 賞　罰 | １　無　・　　２　有（内容） |  |
|  |
|  |
| 健康状態（既往歴） |  |  |
|  |
|  |

* この申請書は,研修施設決定後に研修生の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

|  |
| --- |
| 一般社団法人　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、ＨＩＶ感染症薬物療法に造詣が深く、また本施設においてＨＩＶ感染症治療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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　　　　　　　　　　　　（直筆の場合は、押印不要です）　　令和　　　　年　　　　月　　　　日 |