　　　　ＨＩＶ感染症薬物療法認定薬剤師養成研修応募申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | (認定薬剤師,その他) | | | | | |  |
|  |
|  |
| 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  希望日 | 第1希望施設 | 希望日 | | | | |  |
| ① | | | | ② |  |
|  |
| 第2希望施設 | 希望日 | | | | |  |
| ① | | | ② | |
| 第3希望施設 | 希望日 | | | | |  |
| ① | | ② | | |  |
|  |
| 貴施設における業務内容 | * 薬剤師の実務経験年数　　　　年 * 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） * ICT,NST,緩和ケアチームなどの活動への参加経験　○　有（　　　　　年）○　無   ※ 現在、所属施設において、ＨＩＶ感染症薬物療法に関わる業務内容を具体的に記載してください。 | | | | | |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

（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。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本　籍 | 都道府県 | 現住所  (連絡先) | 〒 Tel　　　（　　　） | | |  |
|  |
|  |
| 学　歴 | 大学薬学部　　　　　年　　月　　日入学,　　　　年　　月　　日卒業  大学大学院　　　　　年　　月　　日入学,　　　　年　　月　　日卒業 | | | | |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 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 | | |  |  |  |
| 薬剤師 免許 | 登録　　　　　　 　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 |

ＨＩＶ感染症薬物療法認定薬剤師養成研修に係る予備調査

|  |  |
| --- | --- |
| 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】日本病院薬剤師会が認定するＨＩＶ感染症領域の講習会（ブロック拠点病院の講習会含む）や日本エイズ学会等が主催する講習会を受講したことがあれば、記載して下さい。 |  |
| 【５】現時点で、日病薬のＨＩＶ感染症薬物療法認定薬剤師認定申請資格の(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。  (3) ・ (4) ・ (7) |
| 【６】来年度（上半期を予定）のＨＩＶ感染症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＞ |

* この予備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。