

※認定番号

医薬品情報専門・様式-1

※申請受付番号

(※は記入しないでください)

医薬品情報専門薬剤師認定申請書

| | |
|---------------------|--|
| 申請年月日 | (西暦) 年 月 日 |
| (ふりがな) 申請者氏名 | () ⑩ |
| 生年月日 (満年齢) | (西暦) 年 月 日 (歳) |
| 性別 | 男 ・ 女 (該当に○を付けてください) |
| 現住所 | 〒□□□-□□□□ |
| 勤務先・所属・職名 | |
| 勤務先住所 | 〒□□□-□□□□ Tel:()-()-() ・ Fax:()-()-() E-mail _____@_____ |
| 薬剤師名簿 (免許) | 登録番号:第 号 登録年月日:(西暦) 年 月 日 |
| 医薬品情報業務の 経 験 年 数 | 通算 年 月 |
| 医薬品情報学会 | 会員番号: |
| 生涯教育セミナー | 必修 医薬品情報学会の主催する生涯教育セミナー 受講日:(西暦) 年 月 日 単位数: その他の学術集会、講演会合計取得単位数: 合計単位数: |
| 学 会 発 表 | 回 (うち、発表者 回) |
| 学 術 論 文 | 編 (うち、筆頭著者 編) |

※1: 薬剤師免許証の写しを添付してください。

医薬品情報活動に従事していることの証明書

一般社団法人 日本医薬品情報学会
医薬品情報専門薬剤師認定審査委員会 御中

申請者氏名 _____

上記の者は、本施設において、(西暦) 年 月 から

現在まで

 年 月まで

当施設における医薬品情報活動に従事していたことを証明します。

(西暦) 年 月 日

施設名 _____

所属長 _____ (印)

その他、特記すべき事項があれば、記入してください。

申請者氏名 _____

申請者所属施設名 _____

発表回数 _____回（うち、演者 _____回）

医薬品情報に関する学会発表リスト

| 発表者名 (本人に下線を付す) | 発表演題名 | 学会名 | 年月 開催地 |
|--------------------|-------|-----|-----------|
| | | | |

※1：抄録・要旨集の該当部分の写しを添付してください。

※2：用紙が不足する場合は、本様式を複写して使用してください。

申請者氏名 _____

申請者所属施設名 _____

学術論文数 _____ 編 (うち、筆頭著者 _____ 編)

医薬品情報に関する学術論文リスト

| 著者名 (本人に下線を付す) | 論文題名 | 学術雑誌名 | 巻・号 初頁～終頁 発表年 |
|-------------------|------|-------|---------------------|
| | | | |

※1：掲載論文は、すべての頁の写しを添付してください。

※2：掲載決定済みであるが未発刊 (in press) の論文の場合は、掲載決定通知の写しを添付してください。

※3：上記の写しは、本リストに記載したすべての論文に関して添付してください。

※4：用紙が不足する場合は、本様式を複写して使用してください。

医薬品情報活動の記録

申請者：

| 医薬品情報活動内容 | |
|-----------|--|
| | |

※1：認定申請のための Q&A の例示を参照の上、該当する事例を 10 件以上具体的に記載してください。

施設長・所属長の推薦書

一般社団法人 日本医薬品情報学会

理事長 殿

申請者氏名 _____

上記の者は、本施設の職員であり、医薬品情報に造詣が深く、また施設内における
医薬品情報活動の職務経験が十分であることから、医薬品情報専門薬剤師にふさわしい
と考え推薦いたします。

施設名

施設長もしくは所属長

印

(西暦) 年 月 日

医薬品情報専門・様式一8

下記に、認定審査料の振り込みを証明するもの（振り込み者、振り込み日付が明確にわかるもの）のコピーを添付してください。

認定審査料の振り込みを証明するものの貼付場所

剥がれない様にしっかりと糊などで貼り付けてください。

【個人情報のお取扱いについて】

- ・ご記入いただきました個人情報は、当医薬品情報専門薬剤師認定の目的にのみ利用いたします。
- ・ご記入いただきました個人情報は、一般社団法人 日本医薬品情報学会が厳重に補完管理致します。

(2019/06/07)