

※更新認定番号

医薬品情報専門更新・更新様式-1

※更新申請受付番号

(※は記入しないでください)

## 医薬品情報専門薬剤師更新申請書

申請年月日	平成 年 月 日
(ふりがな) 申請者氏名	( ) <span style="float: right;">㊟</span>
生年月日 (満年齢)	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 _____@_____
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:
医薬品情報専門薬剤師	医薬品情報専門薬剤師 認定番号: 認定期間:
研修セミナー	必修 医薬品情報専門薬剤師更新認定用プログラムの受講 総単位数: 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
学術論文等	学術論文 編 公的報告書 編 総説(筆頭) 編

申請者氏名 \_\_\_\_\_

申請者所属施設名 \_\_\_\_\_

医薬品情報に関わる教育、業務実績(指導的役割)の実績

医薬品情報専門薬剤師の認定から現在までの職歴において、医薬品情報に関わる教育、業務実績については指導的役割を担っていることがわかるように記載する。

記載例

平成〇 年 1月 医薬品情報専門薬剤師取得

平成〇 年 7月 第〇回日本医薬品情報学会学術大会総会において、ポスター審査に携わる。

平成〇 年 4月 〇〇地区病院薬剤師会学術大会において、医薬品情報に関するシンポジストを務める。

医薬品情報専門薬剤師取得

年 月

年 月

年 月

年 月

年 月

年 月

年 月

年 月

年 月

年 月

年 月

年 月

年 月

年 月

年 月

年 月

年 月

申請者氏名 \_\_\_\_\_

申請者所属施設名 \_\_\_\_\_

必修セミナー受講単位 \_\_\_\_\_ 単位

合計の研修単位 \_\_\_\_\_ 単位

### 生涯教育セミナー及び研修参加・受講証明

年月日	講習会・教育セミナー等の名称	主催団体名	単位数
必修		日本医薬品情報学会	

- ※1: 必修単位については、受講証明書およびレポート提出証明書を必ず添付して下さい。
- 選択単位については、参加証明書及び学術集会参加証(ネームカード)、学術集会における発表参加が確認できるページの写しなど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 \_\_\_\_\_

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。