

※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	( ) <span style="float: right;">⑩</span>
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 ヶ月
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 \_\_\_\_\_

### 医薬品情報活動に関わる業務経験

卒後から現在までの職歴において、医薬品情報業務に関わる業務経験がわかるように記載する

記載例

20〇〇 年 4月 JASDI病院入職

20〇〇 年 4月 JASDI病院薬剤部医薬品情報室において医薬品情報業務に従事  
現在に至る

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：受講証明書、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。

## 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 林 昌洋 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・様式ー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)