

※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	(西暦) 年 月 日
(ふりがな) 申請者氏名	() Ⓜ
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 _____@_____
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:
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 _____

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。

医薬品情報専門更新様式-6

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。