

様式 1

研修認定薬剤師 初回申請書

(西暦) 年 月 日

一般日本女性薬剤師会 薬剤師生涯学習センター長 殿

所定の単位を取得しましたので、様式 に基づき研修認定薬剤師証の初回の申請をいたします。

| | | | | |
|----------|--|-----|----|---|
| 申請者氏名 | ふりがな 氏名 | 印 | 性別 | <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 |
| 氏名ローマ字表記 | (姓) | (名) | | |
| 生 年 月 日 | (西暦) | 年 | 月 | 日 |
| 現 住 所 | 〒 | | | |
| 連絡先電話番号 | (<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先) | | | |
| メールアドレス | @ | | | |

上記記入中、申請時に変更があった場合は次の()内の項目を○で囲んで下さい。(氏名・現住所・電話等)

| | |
|-------------|--|
| 1.取得単位 | 単位 (研修手帳または単位取得書を添付) (内訳) 日本女性薬剤師会 単位・その他 単位 |
| 2.薬剤師名簿登録番号 | 第 号 (年 月 日登録) |
| 3.職業の分類 | <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 製薬企業 <input type="checkbox"/> 医療品卸 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> その他 () |
| 4.特別な事由 | <input type="checkbox"/> 出産・育児 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> その他 保留期間 (年 月 日～ 年 月 日) |
| 5.申請料納入 | 申請料納付年月日: 年 月 日 振込金額: 認定証のみ 11,000 円 認定証+ID カード 11,880 円 【ID カード希望の場合】別紙をお読みにになり、同封してください。 振込先: ゆうちょ銀行 00160-5-317917 名称: 一般社団法人日本女性薬剤師会 「振込金受領証」の原本を所定の欄(裏面)に貼付すること。 |
| 6.添付書類 | <input type="checkbox"/> 認定薬剤師研修手帳 (5の項目に該当する場合、証明する書類) <input type="checkbox"/> 薬剤師免許証の写し <input type="checkbox"/> 履歴書(写真を貼付) |

ご自身の単位取得内容に相当する下記項目のすべてに、レ点をしてください。

| | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 調剤・製剤・DI | <input type="checkbox"/> 病態・症例 | <input type="checkbox"/> 処方解析 | <input type="checkbox"/> リスクマネジメント |
| <input type="checkbox"/> 薬剤指導管理業務 | <input type="checkbox"/> コミュニケーション技術 | <input type="checkbox"/> セルフメーキング | <input type="checkbox"/> 在宅医療 |
| <input type="checkbox"/> 医療・介護保険制度 | <input type="checkbox"/> 業務関連法規・倫理 | <input type="checkbox"/> 薬事・医療行政 | <input type="checkbox"/> プライマリケア |
| <input type="checkbox"/> 東洋医学(漢方・生薬) | <input type="checkbox"/> 薬理学・基礎薬学 | <input type="checkbox"/> その他 () | |

ID カード申し込み希望

振込料：認定証・IDカード……………11,880円*1

注)カードホルダーなしのIDカードのみです。

*1消費税込みです(消費税率10%が適用されます。)

振込先： ゆうちょ銀行 00160-5-317917

名称：一般社団法人日本女性薬剤師会

申込用紙と①及び②を同封してお送りください。

① カラー写真(無帽、正面、無背景、縦4cm×横3.5cm) 1枚

(写真の裏には氏名とG16薬剤師名簿登録番号を明記)

② 下記のいずれか1点

(いずれも写真が貼ってあるページの写し)

運転免許証 日本国旅券 公の機関が発行した証明書等

※個人情報、弊社の個人情報保護方針に基づき、安全かつ適正に管理致します。

……………切り取り線……………

ID カード申し込み用紙

(西暦) 年 月 日

一般社団法人日本女性薬剤師会 殿

認定薬剤師登録番号 第G16-

申請者氏名

薬剤師名簿登録番号

初回認定日 年 月 日

認定期間 自 年 月 日

至 年 月 日

更新回

以下を添付いたします。

① カラー写真(無帽、正面、無背景、縦4cm×横3.5cm) 1枚

(写真の裏には氏名とG16薬剤師名簿登録番号を明記)

② 下記のいずれか1点 (いずれも写真が貼ってあるページの写し)

運転免許証 日本国旅券 公の機関が発行した証明書等

認定薬剤師の初回のご申請をお送りいただく前にご確認ください。

1. 取得単位数の確認

- ・初回申請の条件は、40 単位数以上の取得が必要です。
- ・他のプロバイダーの単位数は半数を認める。毎年 5 単位数以上の取得が必要です（合計で 40 単位数以上でも、年間の取得数が 5 単位数未満であれば受理できません）。

2. 合算できる単位の制限を確認してください。

- ・集合研修：制限ありません。
- ・グループ研修：1 認定期間に 5 単位数までとする。
- ・通信教育講座研修：本会の通信学習講座を修得の場合は、毎年 15 単位数。他のプロバイダーによる通信講座の場合は、1 認定期間に 15 単位数とする。2 回目以降はグループ研修の申請により単位数認定が可能になります。
- ・自己研修：本会の通信教育講座の自己研修を認められた場合は、年間 5 単位数を修得することができる。本会の通信教育講座以外の自己研修は年間に 5 単位数までとする。
- ・実習研修：年間 5 単位数までとする。但し、新カリキュラム対応研修（実務研修）については、実習研修の認定上限が除外されます。

3. 研修手帳の記入、受講シールの貼付について、下記の注意事項を確認して下さい。

- ・受講年月日・研修主催者名・研修内容など記載されているか確認してください。（受講シールがあってもその研修の内容が記載されていないと証明にはなりませんので、認定申請のための単位数として合算されません。）
- ・研修日当日配布されたシールが貼付されているか確認してください。
- ・他の認定制度のシールの取り扱いについては、本会のホームページをご確認ください。

4. 修得単位数集計表の記入を確認してください。（表 1）

表 1 「取得単位数集計表」記載例（認定期間 2011.1.1～2014.12.31）

| | 1 年目 | 2 年目 | 3 年目 | 4 年目 | 合計（単位数） |
|---------|------------|------------|------------|------------|---------|
| 開始年月日 | 2011.1.1 | 2012.1.1 | 2013.1.1 | 2014.1.1 | |
| 修了年月日 | 2011.12.31 | 2012.12.31 | 2013.12.31 | 2014.12.31 | |
| 集合研修 | 1 | 3 | 2 | 5 | 11 |
| 実習研修 | | | | | |
| グループ研修 | | | | | |
| 自己研修 | | | 5 | 5 | 10 |
| 通信講座研修 | 15 | 15 | | | 30 |
| 各年合計単位数 | 16 | 18 | 7 | 10 | 51 |