

西暦 年 月 日

## 研修認定薬剤師【更新】申請書

薬剤師生涯研修センター長 殿

申請者氏名	ふりがな (必須) 氏名： 印	性別 1. 男性 2. 女性 (該当を○で囲む)
生年月日	西暦 年 月 日	
認定証送付先 住所  <u>ビル・施設名を必ず記入</u>	自宅・勤務先 (どちらかを○で囲む) 〒	
連絡先	電話番号	
	Mail	

1. 取得単位	単位																												
2. 初回認定日	西暦 年 月 日																												
3. 前回の認定期間	西暦 年 月 日 ～ 年 月 日 回目 (前回の認定証の写しを同封のこと)																												
4. 薬剤師名簿登録番号	第 号																												
5. 薬剤師名簿登録年月日	西暦 年 月 日 (和暦: 年)																												
6. 職業の分類 (該当を○で囲む)	1. 病院 2. 薬局 3. 診療所 4. 製薬企業 5. 医薬品卸業 6. 教育 7. 行政 8. フリー 9. その他 ( )																												
7. 所属施設名																													
8. IDカードへの顔写真の 印刷希望 (該当を○で囲む)	有り (カラー写真/背景無地/必ずデータで送付のこと/スマホ等の利用可) 無し 写真データ送付先 info@pfpd.or.jp																												
9. 申請料納入 下記の申請料を振り込み、「払込兼受領書」の写し (A4) を添付すること。 認定料 (認定書 + IDカード) (11,000円 消費税込) ※振込先 みずほ銀行 北沢支店 (普) 口座番号 1365856 社) 薬局共創未来人財育成機構 代表理事 加藤 裕芳																													
10. 学んだ内容項目について該当するものにチェックを入れること。																													
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/>薬理学</td> <td><input type="checkbox"/>薬物動態学</td> <td><input type="checkbox"/>副作用・相互作用</td> <td><input type="checkbox"/>製剤学</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>漢方</td> <td><input type="checkbox"/>EBM等</td> <td><input type="checkbox"/>調剤・製剤 (実務)</td> <td><input type="checkbox"/>処方解析・処方設計</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>DI・情報</td> <td><input type="checkbox"/>リスクマネジメント</td> <td><input type="checkbox"/>薬剤管理指導業務</td> <td><input type="checkbox"/>医薬品管理</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>在宅医療</td> <td><input type="checkbox"/>疾患・病態</td> <td><input type="checkbox"/>薬学的臨床推論</td> <td><input type="checkbox"/>生理機能</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>介護</td> <td><input type="checkbox"/>他職種協働</td> <td><input type="checkbox"/>コミュニケーション</td> <td><input type="checkbox"/>栄養学</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>セルフマネジメント</td> <td><input type="checkbox"/>未病・予防管理</td> <td><input type="checkbox"/>医療保険・介護保険</td> <td><input type="checkbox"/>薬事関連法規</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>薬事行政・医療行政</td> <td><input type="checkbox"/>倫理</td> <td><input type="checkbox"/>公衆衛生</td> <td><input type="checkbox"/>その他</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> 薬理学	<input type="checkbox"/> 薬物動態学	<input type="checkbox"/> 副作用・相互作用	<input type="checkbox"/> 製剤学	<input type="checkbox"/> 漢方	<input type="checkbox"/> EBM等	<input type="checkbox"/> 調剤・製剤 (実務)	<input type="checkbox"/> 処方解析・処方設計	<input type="checkbox"/> DI・情報	<input type="checkbox"/> リスクマネジメント	<input type="checkbox"/> 薬剤管理指導業務	<input type="checkbox"/> 医薬品管理	<input type="checkbox"/> 在宅医療	<input type="checkbox"/> 疾患・病態	<input type="checkbox"/> 薬学的臨床推論	<input type="checkbox"/> 生理機能	<input type="checkbox"/> 介護	<input type="checkbox"/> 他職種協働	<input type="checkbox"/> コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 栄養学	<input type="checkbox"/> セルフマネジメント	<input type="checkbox"/> 未病・予防管理	<input type="checkbox"/> 医療保険・介護保険	<input type="checkbox"/> 薬事関連法規	<input type="checkbox"/> 薬事行政・医療行政	<input type="checkbox"/> 倫理	<input type="checkbox"/> 公衆衛生	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 薬理学	<input type="checkbox"/> 薬物動態学	<input type="checkbox"/> 副作用・相互作用	<input type="checkbox"/> 製剤学																										
<input type="checkbox"/> 漢方	<input type="checkbox"/> EBM等	<input type="checkbox"/> 調剤・製剤 (実務)	<input type="checkbox"/> 処方解析・処方設計																										
<input type="checkbox"/> DI・情報	<input type="checkbox"/> リスクマネジメント	<input type="checkbox"/> 薬剤管理指導業務	<input type="checkbox"/> 医薬品管理																										
<input type="checkbox"/> 在宅医療	<input type="checkbox"/> 疾患・病態	<input type="checkbox"/> 薬学的臨床推論	<input type="checkbox"/> 生理機能																										
<input type="checkbox"/> 介護	<input type="checkbox"/> 他職種協働	<input type="checkbox"/> コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 栄養学																										
<input type="checkbox"/> セルフマネジメント	<input type="checkbox"/> 未病・予防管理	<input type="checkbox"/> 医療保険・介護保険	<input type="checkbox"/> 薬事関連法規																										
<input type="checkbox"/> 薬事行政・医療行政	<input type="checkbox"/> 倫理	<input type="checkbox"/> 公衆衛生	<input type="checkbox"/> その他																										
11. その他 連絡事項等																													

- (注) ・3年間以内に30単位の取得が必要である。ただし、毎年5単位以上取得のこと。  
 ・研修手帳の単位取得集計表を記入のこと。  
 ・本申請書提出時、薬剤師免許の写し (A4縮小可)、研修手帳、前回の認定薬剤師証も一緒に送付のこと。  
 ・本申請において不備が認められたとき、認定「否」となる場合がある。