

認定薬剤師研修制度実施要領

1. 認定薬剤師

認定薬剤師とは倫理、基礎薬学、医療薬学、衛生薬学および薬事関係法規・制度等の良質な薬剤師業務を遂行するために自己研鑽した結果について、一定期間内に所定の単位を修得したと申請した後、認定された薬剤師である。

2. 認定に要する研修単位

1) 認定資格の条件である所定の研修単位は、最初の申請は4年以内に40単位以上（各年5単位以上）、更新は3年間で30単位以上（各年5単位以上）とする。

CPCより認証されたKLEEC以外の実施機関（PV：Provider）で取得した単位は原則として相互に互換性があり、どの研修機関でも有効である。

2) 本認定薬剤師研修制度への申請において、CPCより認証されたKLEEC以外の実施機関（PV：Provider）で取得した単位は、初回申請で20単位、更新申請で15単位以内とする。

3. 研修単位の基準

1) 集合研修 1単位/1.5時間（ただし1-4単位/1日、6単位/2日、9単位/3日まで）

① 学会、学術大会、学術集会（参加証の写し、シール添付）

・国立病院総合医学会他、KLEECが認める各種学会（別途記載）が開催する学術大会、学術集会

② 研修会、講習会（受講証明書の写し、シール添付）

・KLEECが開催する研修会、講習会

・KLEECに登録された集合・実習研修実施機関（AC：Agency）が開催する研修会、講習会

・KLEECが認める各種学会（別途記載）が開催する研修会、講習会

・CPCより認証されたKLEEC以外の実施機関（PV：Provider）が開催する研修会、講習会

2) 実習研修 1単位/2時間（ただし5単位/期まで）

① 実習技能研修（参加証の写し、受講証明書の写し、シール添付）

・KLEECが開催する実習技能研修およびその他の実技を伴う研修

・KLEECに登録された集合・実習研修実施機関（AC：Agency）が開催する実習技能研修および実技を伴う研修

・KLEECが認める各種学会が開催する実習技能研修および実技を伴う研修

・CPCにより認証されたKLEEC以外の実施機関（PV：Provider）が開催する実習技能研修および実技を伴う研修

3) 自己研修 1単位/4時間（ただし5単位/期まで）（施設部門長の押印）

① 各施設および薬剤部、企業による複数人数での勉強会

4) 学会発表（ただし3単位/期まで）（要旨集表紙と抄録の写しを添付）

- ① 国立病院総合医学会他、KLEEC が認める各種学会、学術大会および学術集会での発表
 - ・学会発表者 2 単位
 - ・共同発表者 1 単位
- 5) 論文発表 (ただし 3 単位/期まで) (別刷または掲載論文コピーを添付)
 - ① 国立医療学会誌「医療」他、複数査読制のある国際的あるいは全国的学会誌・学術雑誌への掲載
 - ・主著者 2 単位
 - ・共著者 1 単位
 - ② 査読のない商業誌への総説、解説等の掲載
 - ・主著者 1 単位

4. 研修記録

研修記録(様式 8) をダウンロードして記録し、KLEEC 事務局へ郵送する。

5. 研修実施機関

- 1) KLEEC は、独立行政法人国立病院機構近畿グループ 20 施設並びに国立研究開発法人国立循環器病研究センターを集合・実習研修実施機関 (AC: Agency) として登録する。但し、申請書等の提出は省略し自動更新とする。また、これらの集合・実習研修実施機関の登録申請手数料は、近畿国立病院薬剤師会が一括して支払うものとする。
- 2) KLEEC に対して集合・実習研修実施機関 (AC: Agency) の登録を希望する 5. 1) 以外のその他の機関は、集合・実習研修実施機関登録等申請書(様式 1)、研修実績(様式 2) および代表者の略歴および業績(様式 3) を作成し、希望機関の会則または事務局規定、登録料払込受領証写しを添付して KLEEC 事務局へ郵送する。また Ac の更新を行う場合も同様とする。

郵送先: 〒654-0155 兵庫県神戸市須磨区西落合 3-1-1
独立行政法人国立病院機構神戸医療センター薬剤部内 KLEEC 事務局
問い合わせ: KLEEC_info@kinki-snhp.jp
- 3) KLEEC 事務局は様式 1、2 および 3 を受付後、審査会へ審議を依頼する。
- 4) 審査会は申請書類一式について登録の可否を審議し、理事会へ報告する。
- 5) 理事会は審査会の報告を協議した上で登録の可否を決定する。
- 6) 理事長は認定薬剤師研修制度の集合・実習研修実施機関 (AC: Agency) 登録等に係る審査結果通知書(様式 7) とともに登録証を発給する。
- 7) 集合・実習研修実施機関 (AC: Agency) が研修会を開催する場合は、集合・実習研修開催申請書(様式 4) を作成し、切手を貼った返信用の封筒を同封とともに開催日の 14 日前までに KLEEC 事務局へ提出する。
- 8) KLEEC 事務局は様式 4 の記載を確認後、集合・実習研修終了報告書(様式 5)、参加者名簿記載表(様式 6) とともに受講シールを交付する。

- 9) 集合・実習研修実施機関 (AC : Agency) は受講者に受講シールを交付し、研修会終了後 14 日以内に集合・実習研修終了報告書 (様式 5) および参加者名簿記載表 (様式 6) を記載し、残シールとともに KLEC 事務局へ返却する。
- 10) KLEC 事務局は様式 5 および様式 6 の記載により研修内容を確認する。万が一研修シール交付等に不正があった場合は、様式 1、様式 2、様式 3、様式 4、様式 5 および様式 6 とともにその内容を審査会に報告する。
- 11) 審査会は不正について集合・実習研修実施機関 (AC : Agency) 登録取り消しを審議し、理事会へ報告する。
- 12) 理事会は審査会の報告を協議した上で集合・実習研修実施機関 (AC : Agency) 登録取り消しを決定する。
- 13) 理事長は認定薬剤師研修制度の集合・実習研修実施機関 (AC : Agency) 登録等に係る審査結果通知書 (様式 7、様式 8) により結果を通知する。
- 14) 集合・実習研修実施機関 (AC : Agency) に登録ができる機関は、独立行政法人国立病院機構近畿グループ 20 施設並びに国立研究開発法人国立循環器病研究センターおよび KLEC が認める機関 (全国の国立病院薬剤師会、病院、大学、薬局を含む) とする。登録の要件は下記とする。
 - ① 広く全ての薬剤師に対して研修を行うこと。(複数施設の参加)
 - ② 営利団体でないこと。
 - ③ 事務局があること。(会則または事務局規定の添付)
 - ④ 代表者が本認定薬剤師であること。(但し代表者が薬剤師以外の職種である場合、担当者が本認定薬剤師であること)
 - ⑤ 研修活動の実績を提出すること。
 - ⑥ KLEC 理事会で承認されること。
- 15) 集合・実習研修実施機関 (AC : Agency) の登録期間は 4 月 1 日～3 月 31 日とし、1 年ごとに更新する。更新手続きの受付は前年 2 月 1 日～2 月 28 日とする。
- 16) 集合・実習研修実施機関 (AC : Agency) の登録申請手数料および更新手数料は 10,800 円とし、研修会開催申請料は無料とする。

但し、前年度のシール交付実績が 200 枚を超える場合は、200 枚超えるごとに更新手数料を 10,800 円追加する。

また、KLEC 主催および共催研修会における KLEC 会員 (KLEC 認定薬剤師) および特別会員の参加費は無料とし、外部参加費は 1,000 円とする。Agency 開催の研修会における KLEC 会員 (KLEC 認定薬剤師) および特別会員の参加費は無料とし、外部参加費は 500 円とする。外部参加費については、シール返却手続きまでに KLEC 事務局へ振り込むものとする (手数料は Agency の負担とする。) 尚、登録申請手数料、更新手数料および研修会参加費は、理事会の承認により変更できる。

三井住友銀行 天満橋支店 (131) 普通預金 口座番号 1630228
近畿国立病院生涯教育センター

17) 集合・実習研修実施機関（AC：Agency）より登録削除の申請が提出された場合は登録を取り消す。その他下記の場合に該当する機関は登録を取り消す。

- ① 研修会開催申請、受講単位の交付に関し不適切な行為があった実施機関
- ② 登録期間が終了して更新しなかった実施機関
- ③ 登録申請料の払い込みがない実施機関

6. 認定薬剤師の申請・更新・変更・認定

1) 認定薬剤師の認定を新規申請する者は、薬剤師免許の写し、研修記録（様式 9）、認定薬剤師申請書（様式 10）および推薦状（様式 11）を作成し、認定料払込受領証写しとともに KLEC 事務局へ提出する。また、認定薬剤師の認定を更新する者は、研修記録（様式 9）、認定薬剤師申請書（様式 10）および申請期間の延長が必要な場合は理由書（書式自由）を作成し、認定料払込受領証写しとともに KLEC 事務局へ提出する。認定薬剤師の変更が必要な場合は、認定薬剤師申請書（様式 10）を作成し、KLEC 事務局へ提出する。

郵送先：〒654-0155 兵庫県神戸市須磨区西落合 3-1-1

独立行政法人国立病院機構神戸医療センター薬剤部内 KLEC 事務局

問い合わせ：KLEC_info@kinki-snhp.jp

- 2) KLEC 事務局は様式 9、10 および 11 を受付後、審査会へ審議を依頼する。
- 3) 審査会は申請書類一式について認定の可否を審議し、理事会へ報告する。
- 4) 理事会は審査会の報告を協議した上で認定の可否を決定する。
- 5) 理事長は認定薬剤師申請に係る審査結果通知書（様式 12、様式 13）とともに登録証を発給する。
- 6) 認定薬剤師の申請、更新、変更の手続きは、事象発生の前々 1 カ月以内とする。ただし、初回の申請は随時可能とする。

7. 認定薬剤師認定料および集合・実習研修実施機関（AC：Agency）の登録申請手数料

各費用は以下に振り込むこととし、手数料は申請者負担とする。また、振り込まれた認定薬剤師認定料および AC の登録申請手数料は理由の如何を問わず返却しない。

三井住友銀行 天満橋支店 (131) 普通預金 口座番号 1630228

近畿国立病院生涯教育センター

8. 審査会

審査会を KLEC 内に置く。なお、審査会については別途規程を定める。

9. 審査項目

- 1) 集合・実習研修実施機関（AC：Agency）の登録の適否
- 2) AC および各種学会が提供するプログラム等の審査に関する事項

- 3) 認定薬剤師認定の適否
- 4) その他審査会で審議が必要となった事項

10. 評価方法

- 1) 書類審査
- 2) 必要時面接審査

11. 通知

- 1) 集合・実習研修実施機関の登録・喪失は様式7または様式8をもって申請者に通知する。
- 2) 認定薬剤師の認定・不認定・喪失は様式12または様式13をもって申請者に通知する。

12. 暫定措置

- 1) 平成29年10月21日～11月30日の期間において、CPCの生涯研修認定制度の認定薬剤師（例：公益財団法人日本薬剤師研修センター研修認定薬剤師）は、KLEEC認定薬剤師として申請できる。申請時に各認定証の写しを添付すること。
- 2) CPCの生涯研修認定制度の認定薬剤師（例：公益財団法人日本薬剤師研修センター研修認定薬剤師）が1)により申請し、KLEEC認定薬剤師となった場合の初回認定日は平成30年1月1日とし、次回更新は平成33年1月1日とする。
また更新中の単位は全てKLEEC認定薬剤師へ引き継ぐことができる。1)申請時に研修記録（様式8）に引き継ぎ単位を記載し、KLEECより確認印を得る。その際、前認定の単位を記載したノート等を添付すること。単位を引き継いだ場合は、KLEECの確認済研修記録（様式8）を継続利用するものとし、前認定のノート等は返却しない。
- 3) 平成29年10月21日～11月30日の期間において、平成29年11月30日以前にCPCより認証されたKLEEC以外の実施機関（PV: Provider）で取得した単位は、全て本制度の単位として申請できる。

附 則

この規程の改廃については、理事会の承認を要するものとする。
本実施要領は平成29年10月21日から施行する。

近畿国立病院生涯教育センター 理事長 殿

集合・実習研修 実施機関登録等申請書

集合・実習研修実施機関として認めていただきたく、申請致します。

項目	内容
申請内容 (○で囲む)	新規 ・ 変更 ・ 更新 ・ 削除
実施機関名称	正式名称を記入 機関印
代表者氏名 (認定薬剤師登録番号) 代表者が認定薬剤師でない場合は下記記載	姓 _____ 名 _____ (第〇〇-〇〇〇〇-〇-〇号)
担当者氏名 (認定薬剤師登録番号)	姓 _____ 名 _____ (第〇〇-〇〇〇〇-〇-〇号)
事務局連絡先 住所 (事務局規程別途添付)	〒 _____
電話	_____ - _____ (_____)
E-mail	_____ @ _____
機関種別 (○で囲む)	A KLEC B 近畿国立病院薬剤師会会員施設 C 全国国立病院薬剤師会 D その他の実施機関 (病院 大学 薬局 その他)
実施機関登録コード (登録削除のみ記入)	□□—□□□□—□
払込受領証貼付欄 (写し可)	
研修実績 (様式 2)	課題名、開催日、講師氏名、受講料、受講者数 (内部、外部別) 等

事務局記入		受理年月日	受理 No
-------	--	-------	-------

様式2

平成 年 月 日

近畿国立病院生涯教育センター 理事長 殿**前年度 研修実績**

番号	研修課題名	開催日	講師氏名	受講料	受講者数（内部／外部）

近畿国立病院生涯教育センター 理事長 殿

代表者の略歴および業績

実施機関名称	正式名称を記入 <div style="text-align: right; border: 1px dashed black; padding: 2px;">機関印</div>
代表者氏名 (担当者氏名) (認定薬剤師登録番号)	第〇〇—〇〇〇〇—〇—〇号
生年月日	(西暦) 年 月 日生
性別	男 ・ 女
代表者連絡先 住所	〒
電話	— — ()
E-mail	@
学歴	(西暦) 年 月 大学・大学院卒
職歴	
資格・認定・専門等	
学会発表・論文発表等	

事務局記入		受理年月日	受理 No
-------	--	-------	-------

近畿国立病院生涯教育センター 理事長 殿

集合・実習研修 開催申請書

集合・実習研修を以下の通り開催致したく、申請致します。

実施機関名称			
代表者氏名 (担当者氏名) (認定薬剤師登録番号)	(第〇〇—〇〇〇〇—〇—〇号)		
事務局連絡先	住所	〒	
	電話	— — ()	
	E-mail	@	
1. 研修会の名称			
2. 研修会の公開性 (○で囲む)	公開 ・ 非公開		
公開の場合 申込期間 申込先	一般募集定員 () 名 年 月 日 ~ 年 月 日 氏名: 電話: — — メールアドレス:		
4. 研修会開催日程 (期間)	年 月 日 ~ 年 月 日		
5. 研修会開催時間	: ~ :		
6. 研修会開催場所	会場名		
	住所	〒	
7. 参加予定人数 (シール枚数)	枚		
8. 1人あたり交付単位数	単位		
9. 研修会内容 (○で囲む)	1 循環器疾患	9 悪性腫瘍	17 漢方製剤
	2 消化器疾患	10 癌性疼痛緩和	18 薬局・院内製剤
	3 呼吸器疾患	11 小児科疾患	19 薬物中毒・過剰摂取
	4 代謝・内分泌疾患	12 外科・整形外科領域	20 バイタルサイン
	5 血液・造血器疾患	13 腎・泌尿器疾患	21 在宅医療
	6 アレルギー・免疫疾患	14 婦人科・産婦人科	22 栄養
	7 脳・神経疾患	15 救急・災害医療	23 薬物動態
	8 感染症	16 後発医薬品	24 その他 ()

* プログラムを添付してください

* 連絡先欄は問い合わせ可能な連絡者を記入してください

事務局記入		受理年月日	受理 No
-------	--	-------	-------

近畿国立病院生涯教育センター 理事長 殿

集合・実習研修 終了報告書

集合・実習研修の終了を以下の通り報告致します。

実施機関名称	
代表者氏名 (担当者氏名)	
事務局連絡先	〒
住所	
電話	— — ()
E-mail	@
1. 研修会の名称	
2. 研修会の演題	
3. 研修会の公開性 (○で囲む)	公開 ・ 非公開
4. 研修会開催日程 (期間)	年 月 日 ~ 年 月 日
5. 研修会開催時間	: ~ :
6. 研修会開催場所	会場名
住所	〒
電話	— — ()
7. 参加人数	内部: 名 ・ 外部 名 (円)
8. シール返却枚数	枚 (交付 枚中)
9. 連絡先	氏名: 電話: — —
10. 報告内容 (外部参加費振り込み控え) (様式 6 別途添付)	

* 連絡先欄は問い合わせ可能な連絡者を記入してください

事務局記入		受理年月日	受理 No
-------	--	-------	-------

近畿国立病院生涯教育センター 理事長 殿

参加者名簿記載表

実施機関名称 _____

研修会の名称 _____

開催日 _____

KLEC 会員	所属機関	氏名
会員・非会員		
会員・非会員		
会員・非会員		
会員・非会員		
会員・非会員		
会員・非会員		
会員・非会員		
会員・非会員		
会員・非会員		
会員・非会員		
会員・非会員		
会員・非会員		
会員・非会員		
会員・非会員		
会員・非会員		
会員・非会員		
会員・非会員		
会員・非会員		
会員・非会員		
会員・非会員		
会員・非会員		

様式7

平成 年 月 日

殿

近畿国立病院生涯教育センター
理事長 本田 芳久

認定薬剤師研修制度の集合・実習研修実施機関登録等

に係る審査結果のお知らせ

貴会による認定薬剤師研修制度の集合・実習研修実施機関登録等申請について、近畿国立病院生涯教育センター審査会で審査され、理事会で協議した結果、認定薬剤師研修制度実施要領5の(2)の登録機関の要件を満たしていると判断されたため、貴会を集合・実習研修実施機関として登録いたします。

記

申請実施機関名 :
代表者氏名 :
実施機関登録コード :
登録日 :
登録期間 : ~

※登録証は約1カ月後までに郵送いたします。

以上

平成 年 月 日

殿近畿国立病院生涯教育センター
理事長 本田 芳久

認定薬剤師研修制度の集合・実習研修実施機関登録等

に係る審査結果のお知らせ

貴会による認定薬剤師研修制度の集合・実習研修実施機関登録等申請について、近畿国立病院生涯教育センター審査会で審査され、理事会で協議した結果、認定薬剤師研修制度実施要領 5 の (11) の登録の喪失により、残念ながら登録取り消しと判断されたためお知らせいたします。

記

申請実施機関名 :

代表者氏名 :

実施機関登録コード :

登録取り消し理由 :

- 1) 集合・実習研修実施機関より登録削除の申請が提出されたため
- 2) 研修会開催申請、受講単位の交付に関し不適切な行為があったため
- 3) 登録期間が終了して更新しなかったため

以上

近畿国立病院生涯教育センター 理事長 殿

認定薬剤師番号

氏 名

認定薬剤師研修制度研修記録

下記の通り、報告いたします。

単位取得集計表

	1 年目	2 年目	3 年目	4 年目※	計
開始年月日					
終了年月日					
1) 集合研修					
2) 実習研修					
3) 自己研修					
4) 学会発表					
5) 論文発表					
計					

※新規認定時のみ使用

- 1) 認定資格の条件である所定の研修単位は、最初の申請は4年以内に40単位以上(各年5単位以上)、更新は3年間で30単位以上(各年5単位以上)とする。
- 2) 本認定薬剤師研修制度をはじめとしたCPCのPVで取得した単位は原則として相互に互換性があり、どの研修機関でも有効である。
- 3) 本認定薬剤師研修制度への申請において、CPCの他のPVで取得した単位は、初回申請で20単位、更新申請で15単位以内とする。

1) 集合研修

1 単位/1.5 時間 (1-4 単位/1 日、6 単位/2 日、9 単位/3 日まで)

①学会、学術大会、学術集会 (参加証の写し、シール添付)

- ・ 国立病院総合医学会他、KLEEC が認める各種学会 (別途記載) が開催する学術大会、学術集会

②研修会、講習会 (受講証明書の写し、シール添付)

- ・ KLEEC が開催する研修会、講習会
- ・ KLEEC に登録された集合・実習研修実施機関 (AC : Agency) が開催する研修会、講習会
- ・ KLEEC が認める各種学会 (別途記載) が開催する研修会、講習会
- ・ CPC より認証された KLEEC 以外の実施機関 (PV : Provider) が開催する研修会、講習会

KLEEC が認める各種学会への参加に限り、研修シールが無い場合は参加証の写しを裏面に添付して下さい。但し、他の PV による認定単位が配布されているものは、その認定単位をもって申請することとし、参加証の写しでの申請は受け付けません。

受講 年月日	主催者	研修内容	研修 場所	研修 時間	研修単位

小計 単位

2) 実習研修

1 単位/2 時間 (5 単位/期まで)

実習技能研修(参加証の写し、受講証明書の写し、シール添付)

- ・ KLEEC が開催する実習技能研修およびその他の実技を伴う研修
- ・ KLEEC に登録された集合・実習研修実施機関 (AC : Agency) が開催する実習技能研修および実技を伴う研修
- ・ KLEEC が認める各種学会が開催する実習技能研修および実技を伴う研修
- ・ CPC により認証された KLEEC 以外の実施機関 (PV : Provider) が開催する実習技能研修および実技を伴う研修

KLEEC が認める各種学会への参加に限り、研修シールが無い場合は受講証明書、参加証の写しを裏面に添付して下さい。但し、KLEEC および他の PV による認定単位が配布されているものは、その認定単位をもって申請することとし、受講証明書、参加証の写しでの申請は受け付けません。

受講 年月日	主催者	研修内容	研修 場所	研修 時間	研修単位

小計 単位

3) 自己研修

1 単位/4 時間（5 単位/期まで）

- ① 各施設および薬剤部、企業による複数人数での勉強会
施設長の確認印を押印して下さい。

受講 年月日	主催者	研修内容	研修 場所	研修 時間	研修単位	確認印

小計 単位

4) 学会発表

(3 単位/期まで)

国立病院総合医学会をはじめ KLEEC が認める各種学会、学術大会および学術集会での発表

学会発表者 2 単位

共同発表者 1 単位

申請者の氏名にアンダーラインを引いて下さい。

講演要旨集の表紙および発表情報が掲載されているページのコピーを 1 部添付して下さい。

発表年月日	発表者名(全員)、演題名、学会名、開催年月(西暦)	研修単位

小計 **単位**

5) 論文発表

(3 単位/期まで)

- ① 国立医療学会誌「医療」をはじめ複数査読制のある国際的あるいは全国的学会誌・学術雑誌への掲載

主著者 2 単位

共著者 1 単位

- ② 査読のない商業誌への総説、解説等の掲載

主著者 1 単位

申請者の氏名にアンダーラインを引いて下さい。

各論文の別刷り又はコピーを 1 部添付して下さい。

掲載年月日	著者名(全員)、掲載論文のタイトル、雑誌名、巻・号・頁、発行年(西暦)	研修単位

小計 単位

研修の区分

- 1) 集合研修 1単位/1.5時間 (ただし1-4単位/1日、6単位/2日、9単位/3日まで)
 - ① 学会、学術大会、学術集会 (参加証の写し、シール添付)
 - ・ 国立病院総合医学会他、KLEECが認める各種学会 (別途記載) が開催する学術大会、学術集会
 - ② 研修会、講習会 (受講証明書の写し、シール添付)
 - ・ KLEECが開催する研修会、講習会
 - ・ KLEECに登録された集合・実習研修実施機関 (AC: Agency) が開催する研修会、講習会
 - ・ KLEECが認める各種学会 (別途記載) が開催する研修会、講習会
 - ・ CPCより認証されたKLEEC以外の実施機関 (PV: Provider) が開催する研修会、講習会
- 2) 実習研修 1単位/2時間 (ただし5単位/期まで)
 - ① 実習技能研修 (参加証の写し、受講証明書の写し、シール添付)
 - ・ KLEECが開催する実習技能研修およびその他の実技を伴う研修
 - ・ KLEECに登録された集合・実習研修実施機関 (AC: Agency) が開催する実習技能研修および実技を伴う研修
 - ・ KLEECが認める各種学会が開催する実習技能研修および実技を伴う研修
 - ・ CPCにより認証されたKLEEC以外の実施機関 (PV: Provider) が開催する実習技能研修および実技を伴う研修
- 3) 自己研修 1単位/4時間 (ただし5単位/期まで) (施設部門長の押印)
 - ① 各施設および薬剤部、企業による複数人数での勉強会
- 4) 学会発表 (ただし3単位/期まで) (要旨集表紙と抄録の写しを添付)
 - ① 国立病院総合医学会他、KLEECが認める各種学会、学術大会および学術集会での発表
 - ・ 学会発表者 2単位
 - ・ 共同発表者 1単位
- 5) 論文発表 (ただし3単位/期まで) (別刷または掲載論文コピーを添付)
 - ① 国立医療学会誌「医療」他、複数査読制のある国際的あるいは全国的学会誌・学術雑誌への掲載
 - ・ 主著者 2単位
 - ・ 共著者 1単位
 - ② 査読のない商業誌への総説、解説等の掲載
 - ・ 主著者 1単位

以上

近畿国立病院生涯教育センター 理事長 殿

認定薬剤師申請書（新規・更新・変更）

所定の単位を修得したのので、認定薬剤師の申請をいたします。

しんせいしゃしめい 申請者氏名		⑩	
性別	生年月日（西暦）	男 ・ 女	年 月 日
勤務先名			
連絡先（どちらかに○）		自宅	・ 勤務先
	住所	〒	
	電話	— — ()	
	E-mail	@	
1. 取得単位（○で囲む）		新規（ 単位） ・ 更新（ 単位）	
2. 申請日		年 月 日	
3. 薬剤師名簿登録番号		第 号	
4. 薬剤師名簿登録年月日		年 月 日	
5. 認定薬剤師番号(更新)		第 号	
6. 審査料納付年月日		年 月 日	
7. 申請期間延長		要 ・ 不要	
8. 払込受領証（写し可）		別途添付	

事務局記入	単位数	受理年月日	受理 No
-------	-----	-------	-------

平成 年 月 日

近畿国立病院生涯教育センター 理事長 殿

推 薦 状

下記の者は、近畿国立病院生涯教育センターの実施する認定薬剤師研修制度による認定薬剤師として、優れた人格および識見を備えているものとして推薦致します。

推薦人

所属施設名 _____

所属施設部門長 _____ 印

被推薦人が勤務した期間 _____ ~ _____

被推薦人

氏 名 _____

所 属 _____

様式 12

平成 年 月 日

殿近畿国立病院生涯教育センター
理事長 本田 芳久

認定薬剤師申請に係る審査結果のお知らせ

貴殿による認定薬剤師申請について、近畿国立病院生涯教育センターの審査会で審査され、理事会で協議した結果、認定薬剤師研修制度の第2章第3条の認定資格を満たしていると判断されたため、貴殿を認定薬剤師として認定いたします。

記

申請者氏名 :
所属施設名 :
認定薬剤師番号 :
認定日 :
認定期間 : ~

※認定証は約1カ月後までに郵送いたします。

以上

様式 13

平成 年 月 日

殿近畿国立病院生涯教育センター
理事長 本田 芳久

認定薬剤師申請に係る審査結果のお知らせ

貴殿による認定薬剤師申請について、近畿国立病院生涯教育センターの審査会で審査され、理事会で協議した結果、認定薬剤師研修制度規程の第2章第3条の認定資格、第8条認定の喪失により、残念ながら認定不可と判断されたためお知らせいたします。

記

申請者氏名 :

所属施設名 :

認定不可理由 :

- 1) 薬剤師免許と継続した1年以上の勤務状況
- 2) 所得単位数と期間
- 3) 推薦状

以上