

様式第10-6 (研修認定薬剤師制度実施要領9の(2)関係)

西暦 年 月 日

公益財団法人 日本薬剤師研修センター 理事長 殿

申請者氏名	ふりがな 氏 名	性 別 (○で囲む)	1. 男性 2. 女性
薬剤師名簿登録番号		認定登録番号 認定期間	小児 第 号 (西暦で記載のこと) 年 月 日～ 年 月 日
受理書等送付先 (勤務先の場合は必ず勤務先名称も記載のこと)	〒		
必須業務実績 実施施設名・所在地 (必須業務実績報告の場合のみ記載)	【所在地都(道府県名) : 】		
メールアドレス	(当方からの問合せ等のため。汎用のアドレスを記載して下さい。数字の0とローマ字のO、数字の1とローマ字のl、ハイフンとアンダーバー等は明確に分かるように記載して下さい)		

小児薬物療法認定薬剤師 受講単位請求書

小児薬物療法認定薬剤師制度実施要領「5」に基づき、受講単位を請求致します。

1. 請求理由 (該当理由を○で囲む：受講単位請求書は1請求につき1枚記載のこと)	<ol style="list-style-type: none"> 学会名鑑に記載されている学会が開催する小児関連学会等への参加 日本小児科学会及びその分科会の年会または主催・共催の研修会等への参加 小児薬物療法関連の研修会等への参加 必須業務実績報告 その他の業務実績報告 <ul style="list-style-type: none"> ア. 学会論文等での小児関連の研究成果発表(筆頭者・共同執筆者・口頭発表) イ. 医療に従事する者を対象にした公開された研修会や講習会等での講演・講義 ウ. 一般市民等を対象とした講習会等での講演・講義(20分以上/回) エ. 保護者(母親)相談会などでの保護者集団指導(20分以上/回) オ. 学校等における教員対象の研修・学童への集団指導(20分以上/回) カ. 医薬品・医療機器等安全性情報報告制度に基づく小児に関連する副作用報告 キ. 小児医療にかかる治験・臨床試験の支援業務
2. 研修等行った日	(「小児薬物療法研修手帳」の「実施要領4の1」に定める更新のための各研修の受講シールについて)の「6」を参照) (西暦で記載のこと) 年 月 日～ 年 月 日
3. 添付資料 (必要な添付資料については「小児薬物療法研修手帳」参照)	

(注) 用紙の大きさは日本工業規格A4とする。

センター記入欄	受付日 : 年 月 日	単位 : 単位	受理番号 :
---------	-------------	---------	--------