

※認定番号

精神薬学会認定・様式1

※申請受付番号

(※は記入しないでください)

## 精神薬学会認定薬剤師 申請書

申請年月日	平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日
(ふりがな) 申請者氏名	( せいしん やくこ ) 精神 薬子 ㊞
生年月日 (満年齢)	昭和 × 年 × 月 × 日 ( 42 歳)
性別	男 ・ ○女 (○を付けてください)
現住所	東京都○○区××町 3-4-5
勤務先・所属・職名	平成病院 薬剤部 主任
勤務先住所	〒 123-456 東京都○○市××町 1-2-3
同 Tel・Fax メールアドレス	Tel : (03)-(111)-(2222) ・ Fax : (03)-(333)-(4444) E-mail ○○○○@PP.QQ.jp
薬剤師免許	登録番号：第 5555 号 登録年月日：1990年○月○日
※精神薬学会認定薬剤師	認定番号：第 号 認定年月日：
認定薬剤師 該当するものについて有効な 最新(更新)番号を記入して ください	認証機構により認証された生涯研修認定制度による認定薬剤師 認証機関名 ( 日本薬剤師研修センター ) 認定番号 ( 第05—○○○○号 )
精神科専門薬剤師 精神科薬物療法薬剤師 (どちらかに○をつける)	日本病院薬剤師会認定 認定期間 ( 2018年4月1日—2023年3月31日 ) 認定番号 ( 第07-00××-0×号 )
日本精神薬学会	会員番号： 00××
総会・学術集会の参加	4年以内に 計 2 回
DIEPSS 講習会	計 1 回
ワークショップ参加	4年以内に 計 4 回
指定講習会の 講習単位	4年以内に 合計 16.25 単位

過渡的認定期間中は、過去の DIEPSS 講習会の受講証で申請可能です。(当学会主催以外でも可)

過渡的認定期間中は、2014年—2017年の PCP 研究会の参加者は、ワークショップおよび単位を申請できます。

※1 薬剤師免許の写しを添付してください。

※2 取得している認定薬剤師の認定証の写しを添付してください。

※3 精神科専門薬剤師または精神科薬物療法認定薬剤師の認定証の写しを添付してください。

精神薬学会認定・様式2

## 精神科活動に従事していることの証明書

一般社団法人 日本精神薬学会  
認定薬剤師制度委員会 審査小委員会 御中

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 精神 薬子 \_\_\_\_\_

平成29年11月1日より現在まで

上記の者は、施設内において精神疾患患者に対する薬物療法において、  
安全性・有効性に関与し活動してきたことを証明します。

平成29年11月より現在

平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日

施設名 \_\_\_\_\_ 平成病院 \_\_\_\_\_

施設長名 \_\_\_\_\_ 平成花子 \_\_\_\_\_ (印)

※ 前任施設での従事期間がある場合は、本様式を複写して使用してください。

精神薬学会認定・様式2

## 精神科活動に従事していることの証明書

一般社団法人 日本精神薬学会  
認定薬剤師制度委員会 審査小委員会 御中

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 精神 薬子 \_\_\_\_\_

平成18年3月1日より、平成29年10月31日まで

上記の者は、施設内において精神疾患患者に対する薬物療法において、  
安全性・有効性に関与し活動してきたことを証明します。

平成29年11月より現在

平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日

施設名 \_\_\_\_\_ 昭和病院 \_\_\_\_\_

施設長名 \_\_\_\_\_ 昭和太郎 \_\_\_\_\_ (印)

※ 前任施設での従事期間がある場合は、本様式を複写して使用してください。

特別認定

精神薬学会認定・様式3

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 精神 学子  
申請者所属施設名 \_\_\_\_\_ 平成病院  
3の講習単位 \_\_\_\_\_ 1 4 \_\_\_\_\_ 単位

指定した講習会に関する講習単位の証明

指定した講習会の単位を記載してください。(ただし、臨床薬学研究会(2014年度—2017年度)の受講証明がない単位については、様式3-1に記入してください)

(時系列順に記載してください)

年月日	講習会名	主催団体	単位数
2017年9月24日 (23日は欠席)	日本精神薬学会 学術集会(東京)	日本精神薬学会	3単位
2018年9月9日	PCP研究会(東京)	精神科臨床薬学研	2.25単位
2018年9月15日 9月16日	日本精神薬学会 学術集会(名古屋)	日本精神薬学会	6単位
2018年10月14日	第12回 精神科専門薬剤師セミナー	精神科臨床薬学研究会	2.25単位

参加につきましては、参加証の研修シールのチェック欄を参考にします。シールの受け取りのない方は、第1回、第2回に限り自己申告制とします。

※1：講習会の受講証明や学会のネームカードの写しなど研修項目を証明するものを記載順で添付してください。  
※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。

精神薬学会認定・様式3-1

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 精神 学子 \_\_\_\_\_  
 申請者所属施設名 \_\_\_\_\_ 平成病院 \_\_\_\_\_  
 3-1 の講習単位 \_\_\_\_\_ 2.25 単位 \_\_\_\_\_ 単位

## 臨床薬学研究会（PCP 研究会）に関する講習単位の証明

（臨床薬学研究会の受講証明がない単位については、様式3-1に記入してください）

（時系列順に記載してください）

年月日	会場	受講時の所属	単位数
2017年3月5日	東京、お茶の水ソラシティ	昭和病院	2.25 単位

① 2014年—2017年のPCP研究会の単位およびワークショップ回数につきましては、PCP研究会のホームページに掲載しております。

② 参加者名簿にて、参加の確認をしますので、参加当時の所属は必ず記載してください。

③ 日本病院薬剤会 精神科専門薬剤師の認定単位の受講証をお持ちの方は、コピーを添付してください。

※1：2014年度から2017年度に開催されたPCP研究会の講習会は過渡的認定期間に限り、受講証明なしで単位として認定します。

※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。

精神薬学会認定・様式4

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 精神 学子  
 申請者所属施設名 \_\_\_\_\_ 平成病院

総会・学術集会、DIEPSS 講習会、ワークショップの参加証明

(項目別に時系列順で記載してください)

年月日	総会・学術集会、DIEPSS、ワークショップ	会場	備考
2017年9月23日 9月24日	第1回日本精神薬学会総会・学術集会 (東京)	昭和大学 旗の台キャンパス	学会1回
2018年9月15日 9月16日	第2回日本精神薬学会総会・学術集会 (名古屋)	名城大学 八事キャンパス	学会1回
2011年6月14日	DIEPSS 講習会	〇〇市文化交流センター	DIEPSS 講習会 1回
2017年3月5日	ワークショップ PCP 研究会 (東京)	お茶の水ソラシテイ	ワークショップ 1回
2017年9月24日	ワークショップ：認知症治療薬 第1回日本精神薬学会総会・学術集会 (東京)	昭和大学 旗の台キャンパス 上條講堂	ワークショップ 1回
2018年9月 日	ワークショップ：①抗精神病薬の症例 を通じた考察 ②副作用に対する処方 提案 PCP 研究会 (東京)	フクラシア東京ステーション	ワークショップ 2回
<p>第1回日本精神薬学会総会・学術集会のワークショップは、JSPPの受講証は発行しておりません。当日は、日本病院薬剤師会の(専門領域精神科)の受講証を発行しておりますので、受講証のコピーを提出してください。</p>			

※1：講習会の受講証明や学会のネームカードの写しなど研修項目を証明するものを記載順で添付してください。

※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。