医療薬学専門・様式4－1

医療薬学専門薬剤師研修修了証明書

研修者氏名

 研修者所属

 　　 （現在の本務先）

研修を行った

研修施設

研修期間※１　 年 　　月 　　日　～　　　　年 　　月 　　日

　　　 休職期間 年 　　月 　　日　～　　　　年 　　月 　　日

標記の研修者は、日本医療薬学会医療薬学専門薬剤師研修ガイドライン（到達目標）に従って、医療薬学専門・様式４－３もしくは４－４に記載した研修を修了したことを証明します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　証明書作成日

　　　年　　　月　　　日

証明者※２ ：

　指導薬剤師※３（医療薬学・薬物療法・がん・地域薬学ケア）・認定番号

署名（自署）・捺印

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

※１　対象となる研修期間は医療薬学専門薬剤師制度移行後（2020年1月以降）に限る。

※２　証明者は、本書に記載の研修期間中、上記の研修施設の常勤者でなければならない。

※３　該当する指導者資格（　）内を○(マル)で囲み、認定番号を記載し且つ署名及び捺印すること。

【注】 複数の研修施設での研修期間を合算する場合には、研修施設ごとに当該証明書を作成すること。研修修了を証明する指導者が複数名いる場合には、全ての指導者の証明書を提出すること。

医療薬学専門・様式4－2

医療薬学専門薬剤師研修施設在籍(または研修)証明書

研修者氏名

研修施設の所属(または研修)部署

研修施設

在籍・研修　期間※１　　　　　年 　　月 　　日　～　　　　　年 　　月 　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　まで在籍(または研修)していました。

　　　　　　　　　　　　　　　　　□※２　現在も在籍(または研修)しています。

標記の者は、日本医療薬学会 医療薬学専門薬剤師研修施設の認定を受けた当施設に、上記の期間在籍(または研修)していたことを証明します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　証明書作成日

　　　年　　　月　　　日

研修施設長の署名

　　　役職名・氏名・捺印※３

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　※１　在籍または研修のどちらかを○(マル)で囲む。

※２　現在も在籍または研修している場合には、□にチェック（レ印）を付けること。

　※３　施設長の捺印は、公印に限る。

【注】複数の研修施設での研修期間を合算する場合には、施設ごとに当該証明書を作成すること。

医療薬学専門・様式4－3、4の留意事項

研修履修報告書の作成に際しての留意事項

（１）「研修内容を簡潔に記載」欄に記載する事項について

１）申請者自らが履修した研修内容を、具体的且つ簡潔に記載すること。

２）具体的な記述が無く、研修ガイドラインからの複製や他者の研修履修報告書の内容と同一或いは酷似していると判定された場合には、不認定とする。

（２）「研修日（年月日、○時～○時）」欄への記載について

１） 対象となる研修期間は、医療薬学専門薬剤師制度移行後（2020年1月以降）に限る。

２） 医療薬学専門薬剤師研修修了証明書（医療薬学専門様式４－１）の証明者である本学会指導薬剤師の指導下で研修を履修した期間を記載すること。また、研修期間は、同証明書に記載の研修期間内に収まっていなければならない。

３） 研修期間として、大学院在籍中に医療機関（医療薬学専門薬剤師研修施設）で研修を履修した期間を含める場合には、医療薬学専門薬剤師研修施設より交付された研修の履修を証明する書類及び当該大学院生が診療に従事することを医療機関の長が認めた文書ならびに医療行為に従事した実働時間に記録等を提出すること。大学院生の場合、研究活動や授業との兼ね合いがあるため、研修内容と期間については個別に委員会が判定する。

（３）「指導薬剤師の氏名」欄への記載について

医療薬学専門薬剤師研修修了証明書（医療薬学専門様式４－１）の証明者の氏名を記載すること。

（４）その他

研修履修報告書は、次の条件で作成すること。

* フォント： ＭＳＰゴシック体またはＭＳＰ明朝、１０～１１ポイント
* 報告書は適宜増やして、その都度記載する。
* 他施設に出向いて研修を行う者は様式４－３を使用し、自施設で研修を行う者は様式４－４を使用すること。
* 研修到達目標項目番号は(1)-① ～ (6)-③の該当する番号を記載し、研修内容が複数に該当する場合は番号も複数記載する。

医療薬学専門・様式4－3(1)

研修履修報告書（他施設に出向いての研修用）

研修者氏名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 研修到達目標項目番号 | 研修内容を簡潔に記載 | この研修を行った施設名 | 研修日（年月日、〇時～〇時） | 指導薬剤師の氏名 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

医療薬学専門・様式4－3(2)

研修履修報告書（他施設に出向いての研修用）

研修者氏名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 研修到達目標項目番号 | 研修内容を簡潔に記載 | この研修を行った施設名 | 研修日（年月日、〇時～〇時） | 指導薬剤師の氏名 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

医療薬学専門・様式4－3(3)

研修履修報告書（他施設に出向いての研修用）

研修者氏名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 研修到達目標項目番号 | 研修内容を簡潔に記載 | この研修を行った施設名 | 研修日（年月日、〇時～〇時） | 指導薬剤師の氏名 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

医療薬学専門・様式4－3(4)

研修履修報告書（他施設に出向いての研修用）

研修者氏名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 研修到達目標項目番号 | 研修内容を簡潔に記載 | この研修を行った施設名 | 研修日（年月日、〇時～〇時） | 指導薬剤師の氏名 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

医療薬学専門・様式4－4(1)

研修履修報告書（自施設での研修用）

研修者氏名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 研修到達目標項目番号 | 研修内容を簡潔に記載 | この研修を行った施設名 | この項目の研修期間（開始～終了年月） | 指導薬剤師の氏名 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

医療薬学専門・様式4－4(2)

研修履修報告書（自施設での研修用）

研修者氏名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 研修到達目標項目番号 | 研修内容を簡潔に記載 | この研修を行った施設名 | この項目の研修日（開始～終了年月） | 指導薬剤師の氏名 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

医療薬学専門・様式4－4(3)

研修履修報告書（自施設での研修用）

研修者氏名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 研修到達目標項目番号 | 研修内容を簡潔に記載 | この研修を行った施設名 | この項目の研修日（開始～終了年月） | 指導薬剤師の氏名 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

医療薬学専門・様式4－4(4)

研修履修報告書（自施設での研修用）

研修者氏名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 研修到達目標項目番号 | 研修内容を簡潔に記載 | この研修を行った施設名 | この項目の研修日（開始～終了年月） | 指導薬剤師の氏名 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |