日本アプライド・セラピューティクス学会OTC薬、プライマリケアを対象とする薬剤師の臨床判断ワークショップ認定指導者申請書

西暦　　　　年　　月　　日

日本アプライド・セラピューティクス学会理事長　緒方　宏泰殿

私は、日本アプライド・セラピューティクス学会OTC薬、プライマリケアを対象とする薬剤師の臨床判断ワークショップ認定指導者の申請をいたします。

**申請者**

氏名 ：

氏名フリガナ ：

住所 ：（〒　　　　　）

E-mailアドレス：

生年月日 　：　西暦　　　　年　　月　　日

薬剤師免許取得年月日：　西暦　　　　年　　月　　日

同免許番号 ：

日本アプライド・セラピューティクス学会入会状況：

□正会員　□正会員として入会申請中

**＊学会未入会の方は、本申請書を提出時に正会員入会申込も併せて行い、入会申請中として下さい。**

OTC薬、プライマリケアを対象とする薬剤師の臨床判断ワークショップ参加歴

|  |  |
| --- | --- |
| 参加日 | 症候 |
| 頭痛 | 腹痛 | 咳・呼吸困難 | 皮膚・粘膜症状 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

OTC薬、プライマリケアを対象とする薬剤師の臨床判断ワークショップ　プリセプター参加歴

|  |  |
| --- | --- |
| 参加日 | 症候 |
| 頭痛 | 腹痛 | 咳・呼吸困難 | 皮膚・粘膜症状 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

参加日を記入し、該当する症候の欄に○を書き入れて下さい。

修了証のコピーを添えて提出して下さい。

**現所属施設**

施設住所 ：（〒　　　　　）

施設名 ：

電話番号　　：

職位 ：

施設分類 ：□病院　□保険薬局　□ドラッグストア　□大学　□企業

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（個人情報は、本認定審査および各種お問い合わせの対応等の準備業務を円滑に進める目的、認定後の認定更新等会員管理目的のみに限って利用するものとします）