

外来がん治療認定薬剤師 新規申請チェックリスト

新規申請前に再度下記項目の確認をお願いします。レ点または■でチェックしてください。

(申請内容に相違があった場合、書類審査において不合格となります)

- ・ 本学会ホームページの申請要件、申請年度のQ&A、留意事項などを熟読し、申請年度の様式を使用している Yes, No
- 【申請資格について】
 - ・ 申請の時点で薬剤師としての実務経験が3年以上である。 Yes, No
 - ・ 申請の時点で年会費の未納がない Yes, No
 - ・ 申請の時点で指定されている認定薬剤師の資格を取得している Yes, No
 - ・ 本法人が認定するがん領域の講習または研修を60単位以上履修している Yes, No
(JASPO必須講習会は20単位以上、全体単位数は60単位以上である)
 - ・ 所属施設長から本申請に関する同意を得ている Yes, No
- 【Webサイトから申請について】
 - ・ 申請Webサイトより、申請者情報の登録を行い、申請者IDを取得した Yes, No
 - ・ がん患者への薬学的介入実績(10事例)をWebサイトから提出(アップロード)した Yes, No
 - 1症例あたり360~600文字である Yes, No
 - 通し番号順に記載されている Yes, No
 - 申請者自身が携わった薬学的介入とその成果を具体的に記載している Yes, No
 - 単位の間違い、記載漏れや誤字・脱字がない Yes, No
 - 提出前に今一度、読み直しをした Yes, No
- 【郵送書類について】
 - ・ 薬剤師免許証をA4用紙に縮小コピーをして用意した Yes, No
 - ・ 取得されている認定薬剤師証または認定されていることがわかる書面より、認定期限が切れていないことを確認の上、A4版にコピーをして用意した(Q&A 1-9・12) Yes, No
 - ・ 実務に従事している証明書には記載不備、記載漏れや押印漏れがないことを確認した Yes, No
 - ・ 所属施設長の同意書を準備し記載不備、記載漏れや押印漏れがないことを確認した Yes, No
 - ・ 実務に従事している証明書、所属施設長の同意書の印鑑が公印であることを確認した Yes, No
 - ・ がん患者を対象とした薬剤管理指導の実績として50症例以上を有し、これらの中から外来がん患者への薬学的介入10事例に携わった誓約書に署名および捺印を行った Yes, No
 - ・ 申請書類における所属施設長は、病院⇒病院長、薬局⇒薬局開設者、その他⇒代表取締役であることを確認した Yes, No
 - ・ 「様式1 講習会の履修単位申請書」を作成し、「提出用シート」を印刷した Yes, No
 - ・ 講習会(研修会)の参加証/受講証明書をA4版にコピーをして用意し、「提出用シート」に書かれているNo.を付し、番号順に並べている Yes, No
 - ・ 講習会(研修会)の参加証/受講証明書の氏名、所属施設名を必要に応じ記載した Yes, No
- <該当者のみ>
 - ・ 郵送書類の中で、申請者名が異なる書類が混在している場合は、改姓した旨がわかる証明(住民票、運転免許証、パスポートなど)のコピーをして用意した Yes, No
 - ・ 申請期限内に下記を提出できない場合にはその理由を記載し、申請月末(必着)までに提出する [理由: _____] Yes, No
 - ・ 指定されている認定薬剤師証または認定されていることがわかる書面(Q&A 1-9・12) Yes, No
 - ・ 申請年度開催「Essential Seminar Neo C-program」受講証明書の写し Yes, No
 - ・ 申請年度開催「ブラッシュアップセミナー」の受講証明書の写し Yes, No
- <筆記試験免除措置 申請者のみ *昨年度、筆記試験合格者が対象>
 - ・ 昨年度の「事例審査および筆記試験の結果通知」の写し【Q&A 4-6 参照】 Yes, No
- 【その他】
 - ・ 審査・試験料を申請期間内に入金した Yes, No

上記内容に相違ありません。

令和 年 月 日 申請者氏名: _____ 印 [(署名) 又は 記名押印]