（別紙１）

（受付番号　　　－　　　－　　　）

**日本薬局学会認知症研修認定薬剤師更新申請書**

**更新単位チェック表**

西暦　　 　年　　　月　　　日

一般社団法人　日本薬局学会　会長　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 所　　　属 |  |
| 氏　　　名 |  |
| 認知症研修認定薬剤師認定番号 |  |

下記認知症研修認定薬剤師認定更新申請のために下記の書類を提出いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　　目 | 参加日・内容 | 証跡（写し） |
| * 症例報告　（1症例）
 |  | □　症例報告書□　関連資料（ない場合は不要） |
| **認知症内容の下記項目に参加する。****項目の組合せの規定は設けない。*** 学会発表《地方会でも可》

口頭・ポスター発表等形式は問わない。共同発表可。 * ワークショップに

ファシリテーターとして参加（オンライン開催参加は対象外） * 地域活動に参加
* 認知症対応力向上研修に参加
 | 日付：　　年　　月　　日項目：場所：内容：日付：　　年　　月　　日項目：場所：内容：日付：　　年　　月　　日項目：場所：内容： | * ファシリテーター参加証
* 認知症関連講習会・

地域活動実施報告書* 参加証明証　　□ 領収証
* 抄録 □ 出席を証明する書類
* ファシリテーター参加証
* 認知症関連講習会・

地域活動実施報告書* 参加証明証　　□ 領収証
* 抄録 □ 出席を証明する書類
* ファシリテーター参加証
* 認知症関連講習会・

地域活動実施報告書* 参加証明証　　□ 領収証
* 抄録 □ 出席を証明する書類
 |
| * 認知症関連専門学会・地方会・

医師会セミナーその他 医療系の学会等や「老年期認知症研究会」（複数回受講可）本制度ワークショップ再受講でも可＊参加証明証の発行の有無を事前に確認するとよい | 日付：　　年　　月　　日場所：内容： | * 参加証明証
* 領収証
* 出席を証明する書類
 |

* 症例再提出指示 （西暦　　　　年　　　月　　　日　）

症例を再提出しますのでよろしくお願いいたします。

* 再提出日 （西暦　　　　年　　　月　　　日　）

【事務局使用欄】　　受理日：　　　年　　　月　　　日　　月　　日

(2024年1月23日改訂)