がん専門・様式4-１（2025年度用）

がん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　　　　　　　年 　　月 　　日　～　　　　年 　　月 　　日

　　　 休職期間　　　　　　　年 　　月 　　日　～　　　　年 　　月 　　日

標記の研修者は、日本医療薬学会がん専門薬剤師研修コアカリキュラムに従って、研修履修報告書（がん専門・様式4－3）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※1 ：

　指導薬剤師※２（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　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。

※２　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。

がん専門・様式4-2（2025年度用）

がん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

 　　（研修時の所属部署）

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、日本医療薬学会がん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。

がん専門・様式4－3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）具体的な記述が無い場合、研修コアカリキュラムや研修ガイドラインからの単純なコピー＆ペースト、他者の研修履修報告書内容と同一あるいは酷似と判定された場合は、不認定とする。

（２） 「この項目の研修期間（開始～修了年月）」欄に記載する事項について

　 １） がん専門薬剤師研修修了証明書（がん専門様式４－１）の証明者である本学会指導薬剤師の指導下で申請者と研修指導者が同時期に勤務していた期間でなければならない（研修指導者の異動・退職後の期間を含めることはできない）。

２） 研修期間として、大学院在籍中に医療機関（がん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、がん専門薬剤師研修施設が交付する研修の履修を証明する書類を提出すること。ただし、「がん専門薬剤師に必要な臨床経験」の認定については、当該大学院生が診療に従事することを医療機関長が認めた文書並びに医療行為に従事した実働時間の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。

注）学生会員の会員歴は、正会員の１／２ （端数切り捨て） となる。

（３） 「指導薬剤師の氏名」欄に記載する事項について

がん専門薬剤師研修修了証明書（がん専門様式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

・フォントサイズ： １０～１１ポイント

がん専門・様式4－3（1）　（2025年度用）

研修履修報告書

研修者氏名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 研修コアカリキュラム項目 | 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～修了年月） | 指導薬剤師の氏名 |
| ２－１　がんの基礎に関する一般的知識 |
| 2-1-1～2-1-3 |  |  |  |  |
| ２－２　がんの臨床に関する一般的知識 |
| 2-2-1～2-2-12 |  |  |  |  |

がん専門・様式4－3（2）　（2025年度用）

研修履修報告書

研修者氏名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 研修コアカリキュラム項目 | 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～修了年月） | 指導薬剤師の氏名 |
| ２－３　臨床的知識修得が必須ながん種に関する一般的知識 |
| 2-3-1～2-3-5 |  |  |  |  |
| ２－４　その他研修施設の状況により知識の修得が望ましいがん種 |
| 2-4-1～2-4-13 |  |  |  |  |

がん専門・様式4－3（3）　（2025年度用）

研修履修報告書

研修者氏名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 研修コアカリキュラム項目 | 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～修了年月） | 指導薬剤師の氏名 |
| ２－５　がん薬物療法に関する知識 |
| 2-5-1～2-5-11 |  |  |  |  |

がん専門・様式4－3（4）　（2025年度用）

研修履修報告書

研修者氏名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 研修コアカリキュラム項目 | 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～修了年月） | 指導薬剤師の氏名 |
| ３－１　経口抗がん薬 |
| 3-1-1～3-1-5 |  |  |  |  |
| ３－２　抗がん薬を中心とする注射薬 |
| 3-2-1～3-2-6 |  |  |  |  |

がん専門・様式4－3（5）　（2025年度用）

研修履修報告書

研修者氏名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 研修コアカリキュラム項目 | 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～修了年月） | 指導薬剤師の氏名 |
| ３－３　抗がん薬の曝露防止対策と必要な器具類の取り扱い |
| 3-3-1～3-3-8 |  |  |  |  |
| ３－４　国内外のデータベースや文献情報を用いた調査（最新の医薬品情報や臨床情報・ガイドラインなど） |
| 3-4 |  |  |  |  |

がん専門・様式4－3（6）　（2025年度用）

研修履修報告書

研修者氏名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 研修コアカリキュラム項目 | 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～修了年月） | 指導薬剤師の氏名 |
| ３－５ 臨床論文の読解 |
| 3-5 |  |  |  |  |
| ３－６　患者説明（医薬品情報、治療スケジュール、副作用、投薬上の注意など） |
| 3-6-1～3-6-2 |  |  |  |  |

がん専門・様式4－3（7）　（2025年度用）

研修履修報告書

研修者氏名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 研修コアカリキュラム項目 | 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～修了年月） | 指導薬剤師の氏名 |
| ３－７　他のメディカル・スタッフとの連携 |
| 3-7-1～3-7-2 |  |  |  |  |
| ３－８　レジメン作成・管理 |
| 3-8 |  |  |  |  |

がん専門・様式4－3（8）　（2025年度用）

研修履修報告書

研修者氏名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 研修コアカリキュラム項目 | 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～修了年月） | 指導薬剤師の氏名 |
| ４－１　がん薬物療法 |
| 4-1-1～4-1-2 |  |  |  |  |
| ４－２　がん患者の薬剤管理指導業務 |
| 4-2-1～4-2-9 |  |  |  |  |

がん専門・様式4－3（9）　（2025年度用）

研修履修報告書

研修者氏名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 研修コアカリキュラム項目 | 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～修了年月） | 指導薬剤師の氏名 |
| ４－３ その他のがん患者に対する臨床経験 |
| 4-3-1～4-3-11所定の11項目より3項目を選択して記入してください | 4-3- |  |  |  |
| 4-3- |  |  |  |
| 4-3- |  |  |  |
| その他特記事項がある場合には、本欄に記入してください |  |