

(様式 1)

一般社団法人 吸入療法アカデミー

吸入指導エデュケーター講座受講及び、検定受験申請書

一般社団法人 吸入療法アカデミー代表理事殿

私は、吸入指導エデュケーター講座受講及び、検定受験のため、必要書類ならびに審査料を添えて申請いたします。

西暦 年 月 日

氏名(ふりがな)	Ⓜ		
生年月日	西暦	年	月 日
現住所	〒		
電話番号		FAX	
E-mailアドレス	@		
免許取得年月日	西暦	年	月 日
認定吸入指導薬剤師となった年月(初回)	西暦	年	月
認定期間	西暦	年	月末まで
以前のエデュケーター講座受講の有無	なし	・	あり (回目)
所属先施設名			
所属先住所	〒		
所属先電話番号		FAX	
学会及び研究会での発表歴	学会・研究会名:		
	発表日:		
	演題名:		
	学会・研究会名:		
	発表日:		
	演題名:		

* 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・管理目的のみに限って利用するものとします。

(様式 2-1)

薬剤師業務従事証明書

(施設長もしくは所属長の証明書)

一般社団法人 吸入療法アカデミー代表理事殿

下記の者が、薬剤師服薬業務に連続して5年以上従事していることを証明いたします。

西暦 年 月 日

エデュケーター講習会

受講申請者氏名 :

施設名 :

施設住所 : 〒

証明者役職 :

証明者氏名 :

Ⓜ

(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。)

(様式 2-2)

薬剤師業務従事誓約書

(申請者自身の誓約書)

(申請者自身が、施設長もしくは所属長の場合)

一般社団法人吸入療法アカデミー代表理事殿

私は、当施設にて薬剤師服薬業務に連続5年以上従事していることを誓約いたします。

西暦 年 月 日

申請者施設住所 : 〒

申請者施設名 :

申請者の役職 :

申請者氏名 : (印)

(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。)

(様式 3)

患者吸入指導実施レポート

提出者氏名 ()

	年齢(歳)	性別	疾患名	使用薬剤 デバイス	発生したピットホール(P)と、それに対する指導内容(T)
記載例	78	男	COPD	スピリーバ ハンディヘラー	P: 緑ボタンを押したまま吸入(カプレスに針が刺さったままで、薬剤がでない) T: 緑ボタンを解除して吸入するよう指導。固定する手と操作する手の分担を指導
症例 1)					
症例 2)					
症例 3)					
症例 4)					
症例 5)					
症例 6)					
症例 7)					
症例 8)					
症例 9)					
症例 10)					
症例 11)					
症例 12)					
症例 13)					
症例 14)					
症例 15)					