

緩和薬物療法認定試験申請システム

# 操作手引書

(様式2登録編)

第1.0版 2010年7月30日

目次

1. 出願資格.....	1
2 操作方法.....	2
2.1 様式2登録（はじめての方）.....	2
2.2 個人情報お取り扱い同意の確認.....	3
2.3 様式2の入力.....	4
2.4 様式2の入力確認.....	7
2.5 様式2の登録完了.....	8

## 1. 出願資格

緩和薬物療法認定薬剤師認定試験を受験するものは、次の各項の条件をすべて満たす必要があります。

- i. 日本国の薬剤師免許を有し、薬剤師として優れた見識を備えていること。
- ii. 申請時において、薬剤師としての実務歴を5年以上有する日本緩和医療薬学会会員であり、加えて日本薬学会、日本薬剤師会、日本病院薬剤師会、日本緩和医療学会、日本医療薬学会、日本薬理学会、日本癌学会、日本癌治療学会、日本臨床腫瘍学会のいずれかの会員であること。
- iii. 申請時において、日本薬剤師研修センター認定薬剤師、日本病院薬剤師会生涯履修認定薬剤師、あるいは日本医療薬学会認定薬剤師のいずれかであること。
- iv. 申請時において、引き続いて3年以上緩和ケアチームまたは緩和ケア病棟を有している病院、診療所等のいずれかの施設において緩和ケアに従事している薬剤師であること（所属長の証明が必要）、あるいは申請時において、引き続いて3年以上麻薬小売業者免許を取得し、かつ、がん診療を行なっている在宅療養支援診療所等の医療機関と連携する保険薬局及び同保険薬局と同一経営の保険薬局に勤務し、緩和ケアに従事していること（依頼する医師および薬局開設者の証明が必要）。
- v. 認定対象となる講習（日本緩和医療薬学会、日本緩和医療学会が主催する教育セミナー、日本緩和医療薬学会のe-ラーニング、麻薬・覚せい剤乱用防止センター／日本薬剤師研修センター（同等の機関）主催「がん疼痛緩和と医療用麻薬の適正使用推進のための講習会」、日本薬剤師会、日本病院薬剤師会あるいは都道府県薬剤師会、都道府県病院薬剤師会が実施する緩和ケア領域の講習会等）を所定の単位以上履修していること。
- vi. 薬剤師として実務に従事している期間中に、日本緩和医療薬学会、日本緩和医療学会、日本薬学会、日本医療薬学会、日本薬理学会、日本癌学会、日本癌治療学会、日本臨床腫瘍学会の各年会、日本薬剤師会学術大会、などの全国レベルの学会（国際学会を含む）において緩和ケア領域に関する学会発表を2回以上（少なくとも1回は発表者）行っていること。
- vii. 病院等に勤務する薬剤師は緩和ケア領域薬剤管理指導の実績について本学会所定の様式に従い30症例以上提示できること。保険薬局に勤務する薬剤師は緩和ケア領域服薬指導等の実績について本学会所定の様式に従い15症例以上提示できること。
- viii. 所属長（病院長あるいは施設長等）または保険薬局においては開設者の推薦があること。
- ix. 上記1.～8.のすべてを満たした者は日本緩和医療薬学会が行う緩和薬物療法認定薬剤師認定試験を受験できる。
- x. 認定試験に合格した者は認定の申請を行うことができる。

## 2 操作方法

### 2.1 様式2登録（はじめての方）

URL: <http://www.ps.noda.tus.ac.jp/cgi-bin/kanwa/login.cgi>

## ログイン

会員番号(ログインID)、パスワードを入力し、「ログイン」ボタンを押して下さい。  
会員番号(ログインID)、パスワードをお持ちでない方は、「様式2登録」にお進み下さい。

会員番号	709- <input type="text"/> - <input type="text"/>
パスワード	<input type="password"/>

---

初めの方には「様式2登録」をお願いします。

①

- ① 「様式2登録」ボタンを押してください。

## 2.2 個人情報お取り扱い同意の確認

### 個人情報お取り扱い同意の確認

#### ●個人情報のお取り扱いについて

ご報告いただいた症例は、日本緩和医療薬学会において個人の特定が不可能なデータに加工のうえ集計・分析を行い、緩和医療に関する貴重な統計資料として行政機関などへの報告として活用させていただく場合もあります。また、ご申請者の個人情報については、漏洩の内容務めます。なお合格後認定薬剤師の氏名は、学会HPに公表されますのでご了解ください。

「個人情報のお取り扱いについて」に関して

以上を確認のうえ、同意する。

①

様式2登録入力フォームへ

②

- ① 個人情報の内容をご確認して頂き、同意を頂けましたら、チェックボックスにチェックを入れてください。
- ② 「様式2登録入力フォームへ」ボタンを押してください。

## 2.3 様式2の入力

### 様式2

[様式2マニュアル](#)

以下の情報を入力して下さい。

※日本緩和医療学会の会員番号が、ログインIDとなります。  
 ※登録情報が申請書の情報になるため、記載に不備がないよう注意して下さい。  
 ※印は、必須入力項目です。

様式2 緩和薬物療法認定薬剤師認定申請書

①	申請者 ※	ふりがな	<input type="text" value="例)かんわ たろう"/>
		氏名	<input type="text" value="例)緩和 太郎"/>
		生年月日(満年齢) ※	<input type="text" value="年 月 日"/> ※西暦で入力してください。( <input "="" type="radio" value=" 歳&lt;/input&gt; )&lt;/td&gt; &lt;/tr&gt; &lt;tr&gt; &lt;td&gt;&lt;/td&gt; &lt;td&gt;性別 ※&lt;/td&gt; &lt;td&gt;&lt;input checked="/> 男 <input type="radio"/> 女
	②	現住所 ※	〒 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
返信用メールアドレス ※		メールアドレス	<input type="text" value=""/>
③	勤務先 ※	勤務先区分	<input checked="" type="radio"/> 病院・診療所に勤務 <input type="radio"/> 保険薬局に勤務
		勤務先名称	<input type="text" value=""/>
		所属	<input type="text" value=""/>
		職名	<input type="text" value=""/>
		所在地	〒 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
		Tel/Fax	Tel: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Fax: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
④	薬剤師名簿(免許) ※	登録番号: 第 <input type="text" value=""/> 号 登録年月日: <input type="text" value=""/> 年 <input type="text" value=""/> 月 <input type="text" value=""/> 日 ※西暦で入力してください。	
	日本緩和医療学会 ※	会員番号: 709- <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	
	職能・学術団体等 該当するものについて有効な会員番号を 記入して下さい。	日本薬学会	: <input type="text" value=""/>
		日本緩和医療学会	: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
		日本医療学会	: <input type="text" value=""/>
		日本薬理学会	: <input type="text" value=""/>
		日本癌学会	: <input type="text" value=""/>
		日本癌治療学会	: <input type="text" value=""/>
		日本臨床腫瘍学会	: <input type="text" value=""/>
		日本薬剤師会	: <input type="text" value=""/>
日本病院薬剤師会	: <input type="text" value=""/>		
緩和ケアチーム ※	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無		
緩和ケア病棟 ※	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無		
⑤	緩和ケア従事年月	申請時において引き続き: <input type="text" value=""/> 年 <input type="text" value=""/> 月 従事 ※西暦で入力してください。 (うち、前任施設での従事がある場合の期間: <input type="text" value=""/> 年 <input type="text" value=""/> 月 ~ <input type="text" value=""/> 年 <input type="text" value=""/> 月) ※西暦で入力してください。	
	無菌調製の施設状況 ※	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 ※有の場合は、以下の施設状況を選択して下さい。 <input type="checkbox"/> 無菌室 <input type="checkbox"/> 安全キャビネット <input type="checkbox"/> クリーンベンチ <input type="checkbox"/> その他 (具体的に記載: <input type="text" value=""/> )	
講習会・教育セミナー	合計 <input type="text" value=""/> 時間 ( <input type="text" value=""/> 単位)		
薬剤管理指導	<input type="text" value=""/> 症例 (がん種 <input type="text" value=""/> 種類)		

次へ リセット

⑥

⑦

① 申請者の情報を入力してください【必須入力】

- ふりがな…………… 氏名をふりがなで入力してください。
- 氏名…………… 氏名を漢字で入力してください。
- 生年月日…………… 生年月日を西暦で入力してください。
- 年齢…………… 自動計算されます。
- 性別…………… 性別を選んでください。
- 現住所(郵便番号)… 現住所の郵便番号を入力してください。
- 現住所…………… 現住所を入力してください。

② 返信用メールアドレスを入力してください【必須】

※返信用メールアドレスにはログインパスワードが自動で配信されます。  
正しいメールアドレスを入力してください。

- メールアドレス…………… 正しいメールアドレスを入力してください。
- メールアドレス(確認)… 正しいメールアドレスを入力してください。

③ 勤務先の情報を入力してください【必須】

- 勤務先区分…………… 勤務先の区分を選んでください。
- 勤務先名称…………… 勤務先名称を入力してください。
- 所属…………… 勤務先の所属を入力してください。
- 職名…………… 勤務先の職名を入力してください。
- 所在地(郵便番号)… 勤務先の所在地を入力してください。
- 所在地(住所)… 勤務先の住所を入力してください。
- Tel・Fax …………… 勤務先の電話番号・勤務先の Fax 番号
- メールアドレス…………… 勤務先のメールアドレスを入力してください。

- ④ 関連する登録番号及び会員番号を入力してください。
- 薬剤師名簿(免許)・・・ 薬剤師免許の登録番号を入力してください【必須入力】。
  - 登録年月日…………… 薬剤師免許の登録年月日を西暦で、  
入力してください【必須入力】。
  - 会員番号…………… 日本緩和医療薬学会の 709-から始まる会員番号を  
入力してください【必須入力】。
  - 日本薬剤師研修センター(同等の機関)認定…… 認定番号を入力してください。
  - 日本病院薬剤師会生涯履修認定…… 認定番号を入力してください。
  - 日本医療薬学会認定… 認定番号を入力してください。
  - 日本薬学会…………… 会員番号を入力してください。
  - 日本緩和医療学会…… 会員番号を入力してください。
  - 日本医療薬学会……… 会員番号を入力してください。
  - 日本薬理学会…………… 会員番号を入力してください。
  - 日本癌学会…………… 会員番号を入力してください。
  - 日本癌治療学会……… 会員番号を入力してください。
  - 日本臨床腫瘍学会……… 会員番号を入力してください。
  - 日本薬剤師会…………… 会員番号を入力してください。
  - 日本病院薬剤師会……… 会員番号を入力してください。
- ⑤ 勤務先の体制及び施設状況を入力してください。
- 緩和ケアチーム…………… 緩和ケアチームの有無を選んでください。
  - 緩和ケア病棟…………… 緩和ケア病棟の有無を選んでください。
  - 緩和ケア従事年月……… 緩和ケア従事年月期間を西暦で入力してください。
  - 無菌調製の施設状況… 施設状況を選択及び入力してください。※複数選択可
  - 講習会・教育セミナー… 講習会・教育セミナーの合計時間及び単位を入力して  
ください。
  - 薬剤管理指導…………… 症例数及びがん種類数を入力してください。
- ⑥ 入力が完了したら「次へ」ボタンを押してください。
- ⑦ 入力した内容を初期化したい場合は「リセット」ボタンを押してください。



## 2.4 様式2の入力確認

### 様式2

以下の内容で登録します。

緩和薬物療法認定薬剤師認定申請書

申請者	ふりがな	かんわ たろう
	氏名	緩和 太郎
	生年月日(満年齢)	1960年7月1日 (50歳)
	性別	男
	現住所	〒161-0031 東京都新宿区西落合1-1-1
	返信先メールアドレス	kanwa@test.co.jp
勤務先	勤務先区分	病院・診療所に勤務
	勤務先名称	緩和大学病院
	所属	薬剤部
	職名	薬剤師
	所在地	〒161-0033 東京都新宿区下落合1-1-1
	Tel/Fax	Tel:03-9999-9999 Fax:03-9999-9999
	メールアドレス	kanwa@test.co.jp
	薬剤師名簿(免許)	登録番号:第109999号 登録年月日:1994年9月30日
	日本緩和医療学会	会員番号:709-416-0009
	認定薬剤師 該当するものについて有効な最新(更新)番号を記入して下さい。	日本薬剤師研修センター(同等の機関)認定 : 日本病院薬剤師会生涯履修認定 : 日本医療学会認定 :
	職能・学術団体等 該当するものについて有効な会員番号を 記入して下さい。	日本薬学会 : 日本緩和医療学会 : 日本医療学会 : 日本薬理学会 : 日本癌学会 : 日本癌治療学会 : 日本臨床腫瘍学会 :  日本薬剤師会 : 日本病院薬剤師会 :
	緩和ケアチーム	有
	緩和ケア病棟	有
	緩和ケア従事年月	申請時において引き続き:2009年4月従事 (うち、前任施設での従事がある場合の期間:2006年4月~2009年3月)
	無菌調製の施設状況	有 無菌室
	講習会・教育セミナー	合計60時間 (10単位)
	薬剤管理指導	20 症例 (がん種 5種類)

登録 戻る

①

②

① 入力した内容で間違いがない場合は、「登録」ボタンを押してください。

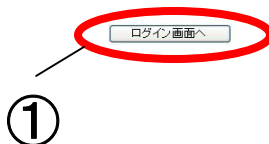
② 入力した内容に間違いがある場合は、「戻る」ボタンを押してください。

## 2.5 様式2の登録完了

### 様式2

---

様式2の登録が完了しました。  
ログインID、パスワードについてはメールを送信致しましたので、  
そちらをご確認ください。  
※会員番号がログインIDとなります。



■登録した返信用メールアドレスにパスワードを配信しましたので、メールを確認してください。

① ログイン画面からログインを実施してください。

※ もし、メールが届かない場合は、お手数ですが以下にご連絡をください。

日本緩和医療薬学会 jpps@mycom.co.jp

※ 本文には、以下の内容を記載してください

1. 氏名
2. 緩和医療薬学会の会員番号
3. メールが届かない旨のご連絡

以上