

周術期管理チーム薬剤師 受験申請 入力項目確認リスト

確認	入力/修正ページ	チェックポイント
<input type="checkbox"/>	1.申請者	1 登録内容に誤字・脱字・入力誤りはないか？(氏名、メールアドレス、住所等全て)
<input type="checkbox"/>		2 旧姓登録はしてあるか？ (免許証、受講証明書に記載のものが現在の姓と異なる場合、必須。それ以外は不要。)
<input type="checkbox"/>		3 免許番号は免許証の記載と一致しているか？
<input type="checkbox"/>		4 免許取得日は、免許証の記載と一致しているか？
<input type="checkbox"/>	2.セミナー受講歴	5 日本麻酔科学会主催・共催セミナーの受講歴が、1件以上あるか？
<input type="checkbox"/>		6 申請した受講歴全てに対して受講証明書は揃っているか？
<input type="checkbox"/>		7 受講証明書と申請の受講歴は一致しているか？
<input type="checkbox"/>	3.職務経歴	8 職歴は、所属・配置・業務内容ごとに改行されているか？
<input type="checkbox"/>		9 「手術室」以外の場合は、「その他の部署」欄に部署名が記載されているか？
<input type="checkbox"/>		10 薬剤師としての病院勤務にあたる場合は「対象」、そうでない場合は「対象外」を選択しているか？
<input type="checkbox"/>		11 周術期関連業務にあたる場合は「対象」、そうでない場合は「対象外」を選択しているか？
<input type="checkbox"/>	4.周術期関連業務 従事状況	12 入力内容に誤りはないか？
<input type="checkbox"/>		13 未入力項目はないか？(設問1-7、9-28は全員必須、設問8および29は該当者のみ入力)