

# 健康サポート薬局研修修了証交付申請書

平成 (20 )年 月 日

公益財団法人日本薬剤師研修センター 理事長 殿

自宅住所: 〒 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ふりがな

氏名: \_\_\_\_\_ 印

電話番号:

メールアドレス:

生年月日: 昭和・平成 (19 )(20 )年 月 日

薬剤師名簿登録(免許)番号: 第 \_\_\_\_\_ 号

研修会A(地域包括ケアシステムにおける多職種連携と薬剤師の対応に関する研修にかかるもの)の受講証明書発行薬剤師会の都道府県名 \_\_\_\_\_ :

次の書類を添えて、健康サポート薬局研修修了証の交付を申請します。

なお、申請要領記載の貴センターにおける個人情報の取扱いについては、承諾します。

## 提出書類

1. 技能習得型研修受講証明書(研修会A及び研修会B)(正本)
2. 知識習得型研修受講証明書(e-ラーニング)(正本)
3. 履歴書(健康サポート様式2)
4. 申請者の(自宅)住所及び氏名を表面に記載した通常はがき(仮修了証用)1枚
5. 研修修了証交付手数料振込明細の写し(裏面の所定欄に貼付)

## 注意事項

1. 技能習得型研修受講証明書は、研修会Aと研修会Bの2種類になります。有効期限を確認してください。
2. 知識習得型研修受講証明書は、1枚です。有効期限を確認してください。
3. 履歴書の記載に当たっては、履歴書(様式2)の注意事項を良く読んでください。
4. 通常はがきを提出しない場合(申請者の住所・氏名の未記載・誤記を含む。)は、仮修了証を発行しません。
5. 一旦振り込まれた研修修了証交付手数料は返却しません。
6. 一旦提出された書類は、交付不可の場合を除き返却しません。
7. 提出書類が不備の場合は交付審査が遅れますので、十分確認してから提出してください。

(以下、日本薬剤師研修センター記入欄)

受付年月日	年 月 日	受付番号	
仮発行年月日	年 月 日	修了証番号	
交付年月日	年 月 日	備考	

健康サポート様式1(裏面)

研修修了証発行手数料振込明細の写しの貼付位置