

健康サポート薬局研修修了証交付申請書 (様式B)

(すでに研修修了証を有している者が他の都道府県の研修修了証を申請する場合用)

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もの) の受講証明書発行薬剤師会の都道府県名： _____
(今回申請する都道府県名を記載する)

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) (正本)
2. すでに有している健康サポート薬局研修修了証 (写) (複数有している場合はすべて)
3. 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
4. 研修修了証交付審査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 になります。有効期限を確認してください。
2. すでに有している健康サポート薬局研修修了証が複数ある場合は、すべてを提出してください。
その際、有効期限を確認してください。
3. 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。
4. 一旦振り込まれた研修修了証交付審査手数料は返却しません。
5. 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。
6. 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（様式B）（裏面）

研修修了証交付審査手数料振込明細の写しの貼付位置