

健康サポート薬局研修修了証再交付申請書

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： _____

研修修了証番号： 第 _____ 号

再交付申請の理由：[紛失 毀損]（丸で囲む）

次の書類を添えて、健康サポート薬局研修修了証の再交付を申請します。

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. 公的身分証明書（写）
2. 毀損した健康サポート薬局研修修了証（正本）（毀損した場合のみ）
3. 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. 研修修了証番号が不明な場合は、当該欄の記載は不要です。
2. 公的身分証明書（写）は、運転免許証、旅券又は健康保険証のいずれか1つです。
3. 再交付申請の理由が研修修了証の毀損であるときは、その毀損した健康サポート薬局研修修了証（正本）を提出してください。
4. 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。
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	修了証番号	
再交付年月日	年 月 日	備考	

健康サポート様式4（裏面）

研修修了証交付手数料振込明細の写しの貼付位置