

公益財団法人日本薬剤師研修センター 理事長 殿

申請者氏名	ふりがな 氏 名	性別	1. 男性 2. 女性
氏名ローマ字表記			
生年月日	西暦 年 月 日		
自 宅 (住所は都道府県 から記載のこと)	住 所：〒  電話番号：		
勤 務 先 (所在地は都道府県 から記載のこと)	名称： 部署： 所在地：〒  電話番号：		
連絡先メールアドレス (汎用しているアドレス)			
勤務先分類 (○で囲む)	病院 薬局		

## 認定実務実習指導薬剤師認定申請書

認定実務実習指導薬剤師の認定を申請します。なお、認定された場合、貴センターホームページ上に、認定番号、認定年月日、及び氏名並びに勤務先施設名が掲載されることを承諾します。

薬剤師名簿登録(免許) 番号(登録年月日)	第 号 ( 年 月 日)		
ワークショップ修了日	平成 年 月 日		
講習会受講日 (新講座の場合)	講座① 平成 年 月 日	講座② 平成 年 月 日	
	講座③ 平成 年 月 日		
講習会受講日 (旧講座の場合)	講座ア 平成 年 月 日	講座イ 平成 年 月 日	
	講座ウ 平成 年 月 日	講座オ 平成 年 月 日	
認定証の送付先 (○をつける)	1. 自宅 2. 勤務先		
添 付 書 類	1. ワークショップ修了書(正本) 2. 講習会受講証(正本) 3. 旧講習会で講座アを免除した場合、その理由を記載した文書 4. 履歴書(認定実務様式1-4) 5. 薬剤師免許証(写し) 6. 通常はがき(認定通知用) 7. 認定申請料の振込み明細の写し(裏面貼付) *一旦提出された書類は、認定不可の場合を除き返却いたしません。		

以下、申請者は記入しないでください(日本薬剤師研修センター審査後記入欄)

認定番号	
認定年月日	西暦 年 月 日