

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：		
勤務先分類(○をつける)	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	講座ア 免除の場合、その理由を記載
講習受講日	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. 履歴書 2. ワークショップ修了書(写し) 3. 講座ア・イ・ウ・オの受講証(写し) 4. 返信用葉書(認定通知書) 5. 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、日本薬剤師研修センター記入欄

認定番号	
認定年月日	西暦 年 月 日