小児　様式第5

西暦 　年 　月 　日

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　　　　　　　　　　　　　　　印 | 性　別（○で囲む） | １．男性２．女性  |
| 生年月日 | （　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日） |
| 薬剤師名簿登録番号 | 　　　 | 認定登録番号認定期間 | 小児　第　　　　　　　　号（西暦で記載のこと）　　　 年　　月　　日～　　 年　　月　　日 |
| 受理書等送付先（勤務先の場合は必ず勤務先名称も記載のこと） | 〒　 |
| メールアドレス | 　　　　　　　　　　　　　　　　 |

小児薬物療法認定薬剤師　受講単位請求書

（必須業務実績報告に替わるレポート）

|  |  |
| --- | --- |
| １．請　求　理　由（本請求書はレポート１報につき１枚記載のこと） | ６．必須業務実績報告に替わるレポート |
| ２．添　付　書　類 | １．必須業務実績報告レポート代替承諾書（原本）２．レポート３．返信用封筒（宛先、宛名記載し、切手を貼付） |

（注）用紙の大きさは日本工業規格Ａ４とする。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| センター記入欄 | 受付日 | 　　年　　月　　日 | 単位 | 単位 | 受理番号 |  |