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 |  |