

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 ※人名外字(JIS第一・第二水準に含まれない漢字)は、赤字でご記載願います。	ふりがな 氏名	性別 (○で囲む)	1.男性 2.女性
氏名ローマ字表記 (※必ずご記載願います)			
生 年 月 日 年 月 日			
現 住 所 〒			
連絡先電話番号 (該当の方を○で囲む：自宅・勤務先)			

研修認定薬剤師 新規 申請書

所定の単位を修得したので、実施要領10の(1)に基づき研修認定薬剤師の申請を致します。

1. 修得単位	単位 (研修手帳又は単位修得証明書を添付すること)				
2. 申請日	年 月 日				
3. 薬剤師名簿登録番号	4. 薬剤師名簿登録年月日				
5. 職業の分類 (該当項目を○で囲む)	1 薬局	2 病院	3 診療所	4 製薬企業	5 医薬品卸業
	6 フリー	7 その他 ()	8 教育	9 行政	
6. 特別な事由 (ある場合その理由と期間を記載すること)	(実施要領5の(5)に該当する場合)				
7. IDカード発行希望 (ホルダー付き) (有無を○で囲む)	有 ①カラー写真、無帽、正面、無背景、縦4cm×横3.5cm (写真の裏には氏名と薬剤師名簿登録番号を明記) ②下記のいずれか1点を添付してください。 (いずれも写真が貼ってあるページの写し) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 日本国旅券 <input type="checkbox"/> 公の機関が発行した証明書等 無				
8. 申請料納入 (該当項目を○で囲む)	下記いずれかの申請料を振り込み、「払込兼受領書」の写しを裏面に貼付すること。 1. 認定(証)のみ 10,286円(*) 2. 認定証とIDカード(ホルダー付き) 11,726円(*) (*)消費税率の改定により、変更となる場合がございます				

※ご自身の単位修得内容に相当する下記項目全てに、□内にレ印をして下さい。

<input type="checkbox"/> 調剤	<input type="checkbox"/> 製剤	<input type="checkbox"/> 処方解析	<input type="checkbox"/> 副作用
<input type="checkbox"/> 相互作用	<input type="checkbox"/> 医療一般	<input type="checkbox"/> セルフメディケーション	<input type="checkbox"/> リスクマネジメント
<input type="checkbox"/> DI・情報	<input type="checkbox"/> 新薬情報	<input type="checkbox"/> 薬剤管理指導業務	<input type="checkbox"/> コミュニケーション技術
<input type="checkbox"/> 医薬品管理	<input type="checkbox"/> 医薬品試験	<input type="checkbox"/> 在宅医療	<input type="checkbox"/> 医療保険・介護保険制度
<input type="checkbox"/> 業務関連の法規	<input type="checkbox"/> 薬事行政・医療行政	<input type="checkbox"/> プライマリケア	<input type="checkbox"/> 漢方薬・生薬
<input type="checkbox"/> 東洋医学	<input type="checkbox"/> 環境衛生	<input type="checkbox"/> 薬理学	<input type="checkbox"/> 薬理学を除く基礎薬学
<input type="checkbox"/> 医薬品開発	<input type="checkbox"/> その他		

(注) 1. 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	申請元：	手帳： 有り 無し
認定番号：	振込日： 年 月 日	贈呈No.：	