

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。	フリガナ 氏名 印 (自署の場合は捺印不要)	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		
認定証送付先住所 (認定証送付先が勤務先の場合は、勤務先名も記入)	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 都・道 府・県 (該当の方を○で囲む：自宅・勤務先)		
連絡先電話番号	(該当の方を○で囲む：自宅・携帯・勤務先)		

研修認定薬剤師 新規 申請書

所定の単位を取得したので、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. 取得単位	単位 (研修手帳又は取得単位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	号 4. 薬剤師名簿登録年月日 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	(実施要領5の(5)に該当する場合：その理由と期間を記載すること)
7. IDカード発行希望 (ホルダー付き) (該当項目を○で囲む)	1 無 2 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
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、「払込兼受領証」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 (*) (*消費税率の改定等により、変更となる場合があります。
9. ホームページ上での お名前の掲載について	1 掲載を希望する 2 掲載を希望しない (該当の方を○で囲む)
10. 生涯学習自己診断表 添付チェック欄	<input type="checkbox"/> (添付したことを確認し、□にレ点をつけてください。)

(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.：	