

健康サポート薬局研修修了証交付申請書(様式C)

(期間延長(更新申請)用)

年 月 日

公益財団法人日本薬剤師研修センター 理事長 殿

自宅住所: 〒 _____

ふりがな

氏名: _____ 印

電話番号: _____

メールアドレス: (必ず記載)

生年月日: 昭和・平成 (19) (20) 年 月 日

薬剤師名簿登録(免許)番号: 第 _____ 号

健康サポート薬局研修修了証番号: 健康サ第 _____ 号

研修会A(地域包括ケアシステムにおける多職種連携と薬剤師の対応に
関する研修にかかるもの)の受講証明書発行薬剤師会の都道府県名 _____ :

次の書類を添えて、健康サポート薬局研修修了証の交付を申請します。

なお、申請要領記載の貴センターにおける個人情報の取扱いについては、承諾します。

提出書類

- 技能習得型研修受講証明書(研修会A)(正本)
- 期間延長(更新)対象となる健康サポート薬局研修修了証(写)(該当するもののみ)
- 研修修了証交付手数料振込明細の写し(裏面の所定欄に貼付)

注意事項

- 技能習得型研修受講証明書は、研修会Aになります。受講年月日を確認してください。
- 期間延長(更新)対象となる健康サポート薬局研修修了証(写)のみの提出となります。
その際、有効期限の2か月以上前であることを確認してください。
- 一旦振り込まれた研修修了証交付手数料は返却しません。
- 期間延長(更新)の場合、仮修了証を発行しません。通常はがきの提出は不要です。
- 一旦提出された書類は、交付不可の場合を除き返却しません。
- 提出書類が不備の場合は交付審査が遅れますので、十分確認してから提出してください。

(以下、日本薬剤師研修センター記入欄)

受付年月日	年 月 日	受付番号	
交付年月日	年 月 日	修了証番号	
備考			

健康サポート様式1(様式C)(裏面)

研修修了証発行手数料振込明細の写しの貼付位置