

小児薬物療法認定薬剤師証 再発行申請書

日本薬剤師研修センター 理事長 殿

下記理由により小児薬物療法認定薬剤師証の再発行を申請します。

申請者氏名	ふりがな 氏名	性別	1. 男性 2. 女性
氏名ローマ字表記 (ヘボン式)			
認定番号 認定期間	小児 第 _____ 号 (西暦で記載のこと) 認定期間： _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日		
認定証送付先住所等 (勤務先の場合は必ず 勤務先名称も記載のこ と)	住 所：〒 勤務先の場合その名称： 電話番号（日中連絡可能な番号）： e-mail アドレス：		

理 由 (○をつける)	1. 氏名変更のため 2. 紛失のため 3. その他 (_____)
再発行を希望する証書 (○をつける)	1. 認定証のみ 2. ID カードのみ 3. 認定証および ID カード
認定証等発行手数料 (払込手数料は申請者負担)	「払込兼受領書」の写しを裏面に貼付のこと

*ID カード希望の場合は、本様式、発行手数料の払込兼受領書および下記を郵送のこと。

- 顔写真（脱帽・背景無地。サングラス不可。大きさは縦3～4cm、横3～3.5cm程度）
- 本人確認書類（以下いずれかの顔写真付書類の写し）
 - 運転免許証
 - 日本国旅券（顔写真が貼付してあるページ）
 - 住基カード（顔写真付）