年　　　月　　　日

認定薬剤師申請書(新規)

石川県薬剤師研修センター

認定薬剤師研修制度委員会

　　　　　委　員　長　　　殿

　　　所定の単位を取得したので、認定薬剤師研修制度実施規程第12条(1)に基づき、

　　　認定薬剤師の申請並びに認定薬剤師証の交付を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名 | | | ふりがな | | | | | | ※事務局（認定薬剤師登録番号） | |
| 氏　名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | |  | |
| ローマ字　（姓）　　　　　　　　　　　　　　　　　（名） | | | | | | | |
| 生年月日 | | | （西暦）　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | 性別（○付け）　１．男　　2．女 | |
| 現住所 | | | 〒　　　　－ | | | | | | | |
| 連絡先電話番号 | | |  | | FAX番号 | | | |  | |
| メ－ルアドレス | | |  | | | | | | | |
| 薬剤師名簿  登録番号等 | | | （登録番号） | | | （登録年月日）  　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | |
| ４職業の分類  （番号に○付け） | | | １．薬局・薬店　　　　２．病院・診療所　　　　３．教育・研究機関  ４．医薬品企業・商社　　　５．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| ＨＰに氏名掲載 | | | ホームページに氏名を掲載希望しない場合は〇で囲む→　☆ 希望なし | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | |
| １． | 申請日 | | (西暦)　20 　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | |
| ２． | 取得単位数 | | 単位　（集合研修　　　　　　単位）（他形式研修　　　　　単位） | | | | | | | |
| ３． | 単位取得状況 | | 研 修 期 間　(西暦で記入) | | | | | | 研修単位数 | 累積単位数 |
|  | 1年目 | 20 年　　月　　日～ 　　年　　月　　日 | | | | | | 単位 |  |
| 2年目 | 20 年　　月　　日～　 　年　　月　　日 | | | | | | 単位 | 単位 |
| 3年目 | 20 年　　月　　日～　 　年　　月　　日 | | | | | | 単位 | 単位 |
| 4年目 | 20 年　　月　　日～　 　年　　月　　日 | | | | | | 単位 | 単位 |
| ４． | 特別  事項 | 休止期間 |  | | | | | | | |
| 休止理由 |  | | | | | | | |
| ５． | 認定申請料  納入 | | 認定申請料10,000円　IDカード（ホルダーつき）希望者は、1,500円加算  納入方法　① 事務局で支払う　または、② ゆうちょ銀行（郵便局）振込みとする  （口座名称）「石川県薬剤師研修センター」　　（口座番号）　00750-4-57816  振込みの場合は、「払込兼受領書」又はその写しを本申請書の裏面に貼付すること | | | | | | | |
| ６． | 添付書類 | | ■ 薬剤師研修手帳  □ 写真1枚(カラ－・上半身・背景無地、3.2cm x2.5cm)　《IDカード希望者》  □ 休止理由を証明するもの（コピー）　《該当者》 | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 事務局記入欄 | | | 受理日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | 次回更新日 | | |
| 担当者 |  | | | 20 　 年　　　　月　　　　日 | | | |