

## 認定薬剤師申請書(更新)

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

所定の期日(次回更新日)になりましたので、認定薬剤師研修制度実施規程  
第12条(2)に基づき、認定薬剤師の更新を申請します。

認定薬剤師 登録番号		※ 他プロバイダーからの更新申請者は、 未記入です	
申請者氏名	ふりがな	(現在の認定証記載氏名)	
	氏名	1. 同じ	
	印	2. ( )	
	ローマ字(姓)	(名)	
現住所	〒 -		
連絡先電話番号		FAX番号	
メールアドレス			
現在の職業 (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○で囲む→ ☆希望なし		

1.	認定更新日 (認定証記載)	(西暦) 20 年 月 日	前回の 認定者	1. 本会 2. 他プロバイダー
	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.	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	<input checked="" type="checkbox"/> 薬剤師研修手帳 <input type="checkbox"/> 写真1枚(カラー・上半身・背景無地、3.2cm x 2.5cm) 《IDカード希望者》 <input type="checkbox"/> 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