

更新申請先変更届

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

この度認定薬剤師の更新申請先を貴会へ変更いたしたく、認定薬剤師研修制度
実施規程第13条(3)に基づき、変更を届出します。

申請者氏名	ふりがな		
	氏名		印
ローマ字読み	(姓)	(名)	
生年月日	(西暦)	年 月 日	性別(○で囲む) 1. 男 2. 女
現住所	〒 -		
薬剤師名簿 登録番号	(登録番号)	(登録年月日)	

☆ 認定薬剤師の申請先を変更する時期は、更新時です。認定期間の途中ではできません。

1.	変更申請日	(西暦)	年 月 日
2.	これまでの 認定記録	所属プロバイダ一名	初回又は更新認定日
			初回認定日 年 月 日
			更新1回目 年 月 日
			更新2回目 年 月 日
			更新3回目 年 月 日
			更新4回目 年 月 日
			更新5回目 年 月 日
			更新6回目 年 月 日
★ 初回認定日は必ず記入してください			
	前プロバイダーにおける登録番号		
3.	変更の理由	1. 本会会員 2. 石川県在住 3. その他の理由()	
4.	添付書類	■ 前プロバイダー発行の「認定薬剤師証」又は「IDカード」のコピー	

事務局記入欄	受理日	年 月 日	認定薬剤師登録番号
	担当者		