

平成 年 月 日

認定薬剤師登録内容変更届

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

認定薬剤師の登録内容に変更が生じましたので、認定薬剤師研修制度実施規程
第14条(1)に基づき、届出します。

認定薬剤師登録番号	08-	
申請者氏名 (氏名変更者は、新しい氏名)	ふりがな 氏名 印 ローマ字(姓) (名)	
変更届出日	(西暦)	年 月 日

変更する項目のみに記入してください。

氏名	氏名に変更がある場合	(旧氏名)
現住所	〒 一	
連絡先電話番号		FAX番号
メールアドレス		
職業の分類 (番号を○で囲む)	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	
その他の変更	(過去の申請書や認定薬剤師証の記載内容に誤りがある場合、記入してください)	
変更の費用等	<input checked="" type="checkbox"/> 認定薬剤師証 記載事項変更のみの場合は、無料で作成いたします <input type="checkbox"/> IDカード 有料で作成いたします(作成費 1,000円) 提出:写真1枚(カラー・上半身・背景無地、3.2cm×2.5cm)	

事務局記入欄	受理日		認定薬剤師証の再交付
	担当者		1. 要あり 2. 要なし
	備考		