

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		
	ローマ字(姓)		
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	
メールアドレス			
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○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	<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 x2.5cm)《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	