

## 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<br>登録番号     |   | ※ 他プロバイダーからの更新申請者は、<br>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<br>(番号に○付け) | 1. 薬局・薬店      2. 病院・診療所      3. 教育・研究機関<br>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<br>(認定証記載) | (西暦) 20 年 月 日  | 前回の<br>認定者 | 1. 本会<br>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<br>事項         | 休止期間   |            |                     |
|    |                  | 休止理由   |            |                     |
| 5. | 認定申請料<br>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<br>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<br>(口座名称)「石川県薬剤師研修センター」 (口座番号) 00750-4-57816<br>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<br><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》<br><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 |