年　　月　　日

認定薬剤師証再交付申請書

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

認定薬剤師証を破損・汚損・紛失しましたので、認定薬剤師研修制度実施規程第15条(2)に基づき、認定薬剤師証の再交付をお願いします。

認定薬剤師登録番号		※ 不明の場合は、空白に願います
再交付の理由	(○付け) 1. 破 損　　2. 汚 損　　3. 紛 失	
申請者氏名	ふりがな	
	氏 名　　印	
	ローマ字 (姓)　　(名)	
	氏名に変更がある場合	(旧氏名)
再交付申請日	(西暦)　　年　　月　　日	

現住所	〒　　ー		
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		
再交付申請手数料	再交付申請手数料 2, 000 円 ①事務局支払　②振込み とする。 (振込先) ゆうちょ銀行(郵便局) (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。		

事務局記入欄	受理日	年　　月　　日	
	担当者		
	備　考		

(認定様式-5)