

認定薬剤師証交付申請書

(新規・更新)

(西暦)2021年〇月X日

昭和大学薬学部生涯教育推進委員会 殿

所定の単位を修得しましたので、認定薬剤師証の(新規・更新)交付を申請いたします。(どちらかを○で囲む)

申請者氏名 (自署)	ふりがな <u>しょうわ たろう</u> 氏名 <u>昭和 太郎</u>	性別 (○で囲む)	<input checked="" type="radio"/> 1. 男性 2. 女性
※認印のみ可	英文表記 (姓 <u>Showa</u> 名 <u>Taro</u> )		
生年月日	(西暦) <u>19XX</u> 年 <u>〇</u> 月 <u>X</u> 日		
現住所	<u>〒000-XXXX</u> <u>東京都品川区旗の台〇丁目〇番△号</u> 連絡先電話番号 <u>090 (XXXX)△△△△</u> ( <input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯) ※どちらか必ず記載すること		
勤務先名称・部署 ※正式名称(省略不可)	<u>医療法人社団〇〇会XX病院薬剤部</u>		
勤務先住所	<u>〒000-XXXX</u> <u>東京都〇〇区XX町〇番△号</u> 連絡先電話番号 <u>03 (△△△)XXXX</u>		
出身大学名	<u>昭和大学</u>		
PCメールアドレス (携帯電話のみの場合はそのアドレスを記載すること)	<u>〇X△〇X△〇〇 @ pharm.showa-u.ac.jp</u>		
1. 研修単位数	合計 <u>40</u> 単位	(内訳) 昭和大学薬学部 <u>24</u> 単位・その他 <u>16</u> 単位	
2. 認定薬剤師番号 (更新の場合)	第 <u>    </u> 号	認定期間: 西暦 <u>    </u> 年 <u>    </u> 月 <u>    </u> 日 ~ 西暦 <u>    </u> 年 <u>    </u> 月 <u>    </u> 日 認定機関名:	
3. 薬剤師名簿 登録番号	第 <u>〇〇〇〇〇〇</u> 号 (西暦 <u>20XX</u> 年 <u>    </u> 月 <u>△</u> 日 登録)		
4. 職業の分類 (該当項目を○で囲む)	<input checked="" type="radio"/> 1. 病院・診療所      2. 薬局・薬店等      3. 企業 4. 研究機関      5. その他の職業      6. 無職		
5. 認定条件の 特別な事由	<input type="checkbox"/> 出産・育児 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 特になし    保留期間(西暦 <u>    </u> 年 <u>    </u> 月 ~ 西暦 <u>    </u> 年 <u>    </u> 月)		
6. 認定審査料納入	認定審査料納付年月日: (西暦) <u>2021</u> 年 <u>〇</u> 月 <u>X</u> 日 振込金額: <u>10,000</u> 円 振込先: 三菱UFJ銀行 わかたけ支店(普) <u>2497241</u> (学) 昭和大学 ※振込票兼受領書の写しを裏面に貼付すること		
7. 認定後ホームページに 氏名、都道府県名が掲載 されることについて	<input checked="" type="checkbox"/> 承認します (※必ず記載すること)		