

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。(どちらかを〇で囲む)

申請者氏名 (自署) ※認印のみ可	ふりがな 氏名	はろわ はなこ 昭和 花子	昭 和 印	性別 (〇で囲む)	1. 男性 2. 女性
	英文表記 (姓 Showa 名 Hanako)				
生年月日	(西暦) 19YY 年 〇 月 X 日				
現住所	〒〇〇〇-XXXX 東京都品川区旗の台〇丁目〇番△号 連絡先電話番号 03 (XXXX) △△△△ (<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input 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)	医療法人社団〇〇会XXXX病院薬剤科				
勤務先住所	〒〇〇〇-XXXX 東京都〇〇市XX町△番〇号 連絡先電話番号 042 (△△△)XXXX				
出身大学名	昭和大学				
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)	〇△X〇X△〇X @pharm.showa-u.ac.jp				
1. 研修単位数	合計 30 単位	(内訳) 昭和大学薬学部 16 単位 ・ その他 14 単位			
2. 認定薬剤師番号 (更新の場合)	第G19-20180-XX	認定期間: 西暦 2018年 〇 月 X 日 ~ 西暦 2021年 X 月 〇 日 認定機関名: 昭和大学薬学部			
3. 薬剤師名簿 登録番号	第 XXXXXX 号 (西暦 20XX 年 △ 月 〇 日 登録)				
4. 職業の分類 (該当項目を〇で囲む)	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 病院・診療所 2. 薬局・薬店等 3. 企業 <input type="checkbox"/> 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 年 月 ~ 西暦 年 月)				
6. 認定審査料納入	認定審査料納付年月日: (西暦) 2021 年 〇 月 X 日 振込金額: 10,000 円 振込先: 三菱UFJ銀行 わかたけ支店 (普) 2497241 (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)				