

認定薬剤師証交付申請書
(新 規 ・ 更 新)

(西暦) 年 月 日

昭和医科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) ※認印のみ可	ふりがな 氏名 印	性 別 (○で囲む)	1. 男性 2. 女性
	英文表記 (姓 名)		
生年月日	(西暦) 年 月 日		
現 住 所	〒 ー 連絡先電話番号 () (□ 自宅 □ 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)			
勤務先住所	〒 ー 連絡先電話番号 ()		
出身大学名			
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)	@		
1. 研修単位数	合計 単位	(内訳) 昭和医科大学薬学部 単位 ・ その他 単位	
2. 認定薬剤師番号 (更新の場合)	第 号	認定期間：西暦 年 月 日～西暦 年 月 日 認定機関名：	
3. 薬剤師名簿 登録番号	第 号 (西暦 年 月 日 登録)		
4. 職業の分類 (該当項目を○で囲む)	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	□ 出産・育児 □ 病気 □ その他 () □ 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) 年 月 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) 昭和医科大学 ※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	□承認します (※必ず記載すること)		