

認定薬剤師 更新申請書

一般社団法人 薬剤師あゆみの会 職能委員会 御中

申請者氏名	ふりがな		
	氏名 ⑩		
生年月日	(西暦) 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
現住所	〒 —		
電話番号	()	FAX 番号	()
メールアドレス (携帯電話不可)			

所定の単位を修得したので、薬剤師あゆみの会 薬剤師認定制度運用規定第 8 条に基づき認定薬剤師の更新を申請します。

取得単位	薬剤師あゆみの会	単位	その他	単位
申請日	(西暦) 年 月 日			
前回認定期間	(西暦) 年 月 日～(西暦) 年 月 日			
認定薬剤師登録番号	認定機関名			
薬剤師名簿登録番号	薬剤師名簿登録年月日		(西暦) 年 月 日	
職業分類	<input type="checkbox"/> 薬局・薬店 <input type="checkbox"/> 病院・診療所 <input type="checkbox"/> 教育・研究機関 <input type="checkbox"/> 医薬品関係企業 <input type="checkbox"/> その他 ()			
申請料納入	申請料金 10,800 円(税込)を下記口座にお振込み頂き、 「振込金(兼手数料)受領書」の写しを添付すること。 (申請料は一旦納入されると返金は致しませんのでご了承ください。) りそな銀行 千里中央支店 普通預金 口座番号 0036585 <small>イッパシマダンホウジン ヤクザイシア ユ ミ ノ カイ</small> 一般社団法人 薬剤師あゆみの会			

添付書類

<input type="checkbox"/> 認定薬剤師研修手帳 <input type="checkbox"/> 薬剤師免許の写し <input type="checkbox"/> 現在有効である認定薬剤師証の写し <input type="checkbox"/> 振込金(兼手数料)受領書
