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　　㊞		
生年月日	（西暦）　　年　　月　　日	性別	□男　　□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
指定セミナー	開催日：（西暦）　　年　　月　　日 研修会名：			
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	□薬局・薬店　□病院・診療所　□教育・研究機関 □医薬品関係企業　□その他（　　）			
申請料納入	申請料金 11,000 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 一般社団法人（イッパンシャダンホウジン）　薬剤師あゆみの会（ヤクザイシアユミノカイ）			

添付書類

- □　認定薬剤師研修手帳
- □　薬剤師免許の写し
- □　現在有効である認定薬剤師証の写し
- □　振込金（兼手数料）受領書