

新規（様式1）

## 認定薬剤師証新規申請書

年 月 日

一般社団法人日本女性薬剤師会認定薬剤師研修制度委員会 殿

所定の単位を取得したので、一般社団法人日本女性薬剤師会 生涯研修認定制度に関する規定第12条に基づき認定薬剤師証を申請します。

申請者氏名	ふりがな 氏 名 印	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
	英文表記(姓 名 )		
生年月日	(西暦) 年 月 日		
現住所	〒		
連絡先電話番号	TEL(自宅):	FAX:	
	TEL(勤務先):	携帯:	
勤務先名称			
出身大学名			
メールアドレス (携帯電話不可)	@		

該当するものに☑してください。

1. 取得単位	合計 単位	(内訳) 日本女性薬剤師会 単位・その他 単位
2. 申請日	(西暦) 年 月 日	
3. 薬剤師名簿登録番号	第 号	4. 薬剤師名簿登録年月日 年 月 日
5. 職業の分類	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 薬局(調剤) <input type="checkbox"/> 薬局(調剤+OTC) <input type="checkbox"/> 薬店 OTC <input type="checkbox"/> 医薬品企業 <input type="checkbox"/> 研究機関 <input type="checkbox"/> その他の職業 <input type="checkbox"/> 無職	
6. 認定条件の特別な理由 (ある場合その理由と期間)	<input type="checkbox"/> 出産・育児 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> その他( ) 保留期間(西暦 年 月 ~ 西暦 年 月)	
7. 申請料納入	審査料納付年月日: 西暦 年 月 日 振込金額: 10,000 円 振込先: 郵便局口座 口座番号: 00160-5-317917 名 義: 一般社団法人日本女性薬剤師会 申請料金を郵便局にて振込、「払込兼受領」の写しを裏面に貼付すること。	
8. 添付書類	<input type="checkbox"/> 認定薬剤師研修手帳 <input type="checkbox"/> 薬剤師免許証の写し <input type="checkbox"/> 履歴書(様式6)	