

更新（様式2）

認定薬剤師証更新申請書

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の更新をします。

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）	@		

* 上記記入中、前回にくらべて申請時に変更があった場合には下記の項目を○で囲むこと

氏名 現住所 連絡先電話番号 メールアドレス

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. 前回認定機期間	(西暦) 年 月 日 ~ (西暦) 年 月 日		
3. 認定薬剤師登録番号			
4. 薬剤師名簿登録番号	第 号	5. 薬剤師名簿登録年月日	年 月 日
6. 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		
7. 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)		
8. 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。		
9. 添付書類	認定薬剤師研修手帳		