

認定薬剤師証新規申請書

年 月 日

(社)ソーシャルユニバーシティ 保険薬剤師生涯学習センター長殿

申請者氏名	ふりがな 氏名	印	性別 (○をつける)	1. 男性 2. 女性
生年月日	(西暦)	年	月	日
現住所	〒			
電話番号 (携帯電話可)		FAX		
メールアドレス (携帯電話不可)				

所定の単位を取得したので保険薬剤師生涯学習センターの
認定薬剤師研修制度に関する規定に基づき、認定薬剤師証を申請致します。

1. 取得単位	単位 (うち、当法人以外の認定機構の単位 : 単位)
2. 申請日	(西暦) 年 月 日
3. 薬剤師登録番号	
4. 薬剤師名簿登録年月日	年 月 日
5. 勤務先	1. 薬局・薬店等 2. 病院・診療所等 3. 企業 4. 研究機関 5. その他
6. 特別な事由 (ある場合はその理由と 期間を記載すること)	
7. 申請料納入	指定講座に申請料を振り込んでいただき、振込票のコピーを裏面に貼付してください。
8. 添付書類 (□にチェック)	<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)