

認定薬剤師単位取得申請書（自己学習用）

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
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)		
認定薬剤師登録番号 (取得者のみ)		

生涯研修認定単位として、資料を添付し、下記を申請致します。

1. 自己学習内容	
2. 学習日	(西暦) 年 月 日
3. 学習時間	時間 (4時間で1単位)
4. 使用テキスト・教材名	
5. 添付資料	自己学習レポート (800字以上)