年　　　月　　　日

認定薬剤師申請書(更新)

石川県薬剤師研修センター

認定薬剤師研修制度委員会

　　　　　委　員　長　　　殿

所定の期日（次回更新日）になりましたので、認定薬剤師研修制度実施規程

第12条(2)に基づき、認定薬剤師の更新を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 認定薬剤師  登録番号 | | |  | | | ※他プロバイダーからの更新申請者は、  未記入です | | | | | | |
| 申請者氏名 | | | ふりがな | | | | | | | | （現在の認定証記載氏名） | |
| 氏　名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | １．同じ  ２．（　　　　　　　　　　　　　） | |
| ローマ字　(姓)　　　　　　　　　　　　　　　　　(名) | | | | | | | | | |
| 現住所 | | | 〒　　　　－ | | | | | | | | | |
| 連絡先電話番号 | | |  | | FAX番号 | | | |  | | | |
| メ－ルアドレス | | |  | | | | | | | | | |
| 現在の職業  （番号に○付け） | | | １． 薬局・薬店　　　　２． 病院・診療所　　　　３． 教育・研究機関  ４． 医薬品企業・商社　　　　５． その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| ＨＰに氏名掲載 | | | ホームページに氏名を掲載希望しない場合は〇で囲む→　☆希望なし | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | |
| １． | 認定更新日  （認定証記載） | | (西暦)　20 　　　年　　　　月　　　　日 | | | | 前回の  認定者 | | | １．本会  ２．他プロバイダー | | |
| ２． | 取得単位数 | | 単位　（集合研修　　　　　　単位）（他形式研修　　　　　単位） | | | | | | | | | |
| ３． | 単位取得状況 | | 研 修 期 間　(西暦で記入) | | | | | 研修単位数 | | | | 累積単位数 |
|  | 1年目 | 20 年　　月　　日～ 　　年　　月　　日 | | | | | 単位 | | | |  |
| 2年目 | 20 年　　月　　日～　 　年　　月　　日 | | | | | 単位 | | | | 単位 |
| 3年目 | 20 年　　月　　日～　 　年　　月　　日 | | | | | 単位 | | | | 単位 |
| ４． | 特別  事項 | 休止期間 |  | | | | | | | | | |
| 休止理由 |  | | | | | | | | | |
| ５． | 認定申請料  納入 | | 認定申請料10,000円　IDカード（ホルダーつき）希望者は、1,500円加算  納入方法　① 事務局で支払う　または、② ゆうちょ銀行（郵便局）振込みとする  （口座名称）「石川県薬剤師研修センター」　　（口座番号）　00750-4-57816  振込みの場合は、「払込兼受領書」又はその写しを本申請書の裏面に貼付すること | | | | | | | | | |
| ６． | 添付書類 | | ■　薬剤師研修手帳  □　写真1枚(カラ－・上半身・背景無地、3.2cm x 2.5cm)　《IDカード希望者》  □　休止理由を証明するもの（コピー）　《該当者》 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 事務局記入欄 | | | 受理日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | 次回更新日 | | | |
| 担当者 |  | | | | | 20 　 年　　　　月　　　　日 | | | |