

平成 年 月 日

## 認定薬剤師証再交付申請書

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

認定薬剤師証を破損・汚損・紛失しましたので、認定薬剤師研修制度実施規程  
第15条(2)に基づき、認定薬剤師証の再交付をお願いします。

認定薬剤師 登録番号		※ 不明の場合は、空白に願います
再交付の理由	(○付け) 1. 破損 2. 汚損 3. 紛失	
申請者氏名	ふりがな	
	氏名 <span style="float: right;">印</span>	
	ローマ字 (姓)	(名)
	氏名に変更 がある場合	(旧氏名)
再交付申請日	(西暦) 年 月 日	

現住所	〒 ー		
連絡先電話番号		FAX 番号	
メールアドレス			
職業の分類 (番号を○で囲む)	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○で囲む→ ☆ 希望なし		
再交付 申請手数料	再交付申請手数料 2,000円 ①事務局支払 ②振込み とする。 (振込先) ゆうちょ銀行(郵便局) (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。		

事務局記入欄	受理日	年 月 日	
	担当者		
	備考		