

再交付（様式3）

認定薬剤師証再交付申請書

（西暦） 年 月 日 申請

明治薬科大学認定薬剤師研修制度委員会 御中

申請者氏名	ふりがな		
	氏 名		
生年月日	（西暦） 年 月 日		
現住所	〒 -		
連絡先電話番号	（ ）	FAX 番号	（ ）
メールアドレス(携帯電話不可)			

* 上記の中で、前回申請時より変更があった項目について、にチェックを入れてください。

氏名 現住所 連絡先電話番号 FAX 番号 メールアドレス

明治薬科大学認定薬剤師研修制度規程第 15 条に基づき認定薬剤師証の再交付を申請します。

1. 認定薬剤師登録番号	
2. 再交付申請理由 (該当項目の <input type="checkbox"/> にチェック)	1. <input type="checkbox"/> 紛失 2. <input type="checkbox"/> 汚損 3. <input type="checkbox"/> その他 ()
3. 再交付手数料納入	手数料 5,000 円を下記口座に振込み、「振込金（兼手数料）受領書」の写しを裏面に貼付すること。 みずほ銀行 所沢支店 普通口座 口座番号 1603837 (学) 明治薬科大学 生涯学習講座 ガク メジヤカダ イカクショウカ イカクシュウコウザ

申請書に記載された内容は個人情報保護法の法規や本学規程に則り適切に取り扱います