

新規（様式1）

認定薬剤師証新規申請書

（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)			

所定の単位を取得したので、明治薬科大学認定薬剤師研修制度規程第13条に基づき認定薬剤師証の交付を申請します。

1. 取得単位	明治薬科大学 集合研修	単位	明治薬科大学 e-Learning	単位
	論文・学会発表	単位	その他	単位
2. 認定希望日	年 月 日			
3. 薬剤師名簿登録番号			4. 薬剤師名簿登録年月日	年 月 日
5. 職業の分類 (該当項目の□にチェック)	<input type="checkbox"/> 保険薬局 <input type="checkbox"/> 店舗販売業 <input type="checkbox"/> 病院・診療所 <input type="checkbox"/> 教育・研究機関 <input type="checkbox"/> 医薬品関係企業 <input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> その他 ()			
6. 本学 認定薬剤師 認定基準 第4条に基づき 期間を越えて申請する理由 (該当項目の□にチェック)	<input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> その他 ()			
7. 認定審査料納入	審査料 10,000 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) メヅヤカダガククヨウカククシュウコウサ			
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4) <input type="checkbox"/> 他プロハイタの単位を含む場合は開催案内(例: HPを印刷) <input type="checkbox"/> 6.に該当する場合、それを証明する書類			

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

以下、明治薬科大学記入欄

受付日： 年 月 日	受理日： 年 月 日	認定登録番号：
------------	------------	---------