

在宅療養支援認定薬剤師 認定申請書

一般社団法人 日本在宅薬学会認定委員会 御中

申請者氏名	ふりがな		
	氏名 (印)		
生年月日	(西暦) 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
現住所	〒 —		
電話番号	()	FAX 番号	()
メールアドレス (携帯電話不可)			

所定の単位を修得したので、日本在宅薬学会 薬剤師認定制度運用規定第 8 条に基づき認定薬剤師の取得を申請します。

取得単位	日本在宅薬学会	単位	その他	単位
申請日	(西暦) 年 月 日			
薬剤師名簿登録番号		薬剤師名簿登録年月日	(西暦) 年 月 日	
職業分類	<input type="checkbox"/> 薬局・薬店 <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"/> その他 ()			
申請料納入	申請料金 10,000 円を下記口座にお振込み頂き、 「振込金(兼手数料)受領書」の写しを添付すること。 三菱東京UFJ銀行 天神橋支店(店番:037) 普通口座 0009849 一般社団法人日本在宅薬学会			

添付書類

<input type="checkbox"/> 認定薬剤師研修手帳 <input type="checkbox"/> 薬剤師免許の写し <input type="checkbox"/> バイタルサイン講習会修了証 写し <input type="checkbox"/> 学術大会参加証 写し <input type="checkbox"/> 要綱第 11 条 2 項に定められた認定薬剤師証の写し <input type="checkbox"/> 事例報告書 <input type="checkbox"/> 振込金(兼手数料)受領書
--