認定研修会等受講証明申請書

申請日	（西暦）　　年　　月　　日	
ふりがな 氏名		生年月日 Ｓ・Ｈ　　年　　月　　日
メールアドレス （携帯電話不可）	@	
現住所	□勤務先　□自宅 〒　　-　　都・道　　市・区 府・県　　町・村 連絡先電話番号 （　　）　（□勤務先　□自宅　□携帯番号）	
証明書郵送先	□勤務先　□自宅 〒　　-　　都・道　　市・区 府・県　　町・村 連絡先電話番号 （　　）　（□勤務先　□自宅　□携帯番号） ※現住所と同一の場合、同上と記入。	
研修年月日	（西暦）　　年　　月　　日・　　月　　日 ※複数日開催の場合は、全て記載。e-learning 研修の場合は、受講日を必ず記載。	
研修会等の名称 （該当箇所を記載）	□講習会・セミナー 研修会名称： □e-learning 研修 演題名：	
取得単位数	単位	
薬剤師名簿 登録番号	第　　号　（西暦　　年　　月　　日　登録）	
確認項目 （チェック記載）	□本申請書全ての項目に不備、漏れがなく正しく記載されている。 □返信用封筒が角形 2 号封筒であり、切手貼付、宛先が明記されている。 □薬剤師免許証の写しを添付している。 □本申請書裏面に受講証明書発行手数料の「振込票兼受領書」の写しを貼付している。	

【事務記入欄】

受付日：　　年　　月　　日	振込日：　　年　　月　　日
発行Ｎｏ.：	郵送日：　　年　　月　　日

（機関名）一般社団法人日本在宅薬学会