日本在宅薬学会認定薬剤師　更新申請書

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） 日本在宅薬学会学会員登録 ID 番号		
生年月日	（西暦）　　年　　月　　日	**性別**	□男　　□女
所属先			
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　在宅療養支援認定薬剤師要綱第 13 条に基づき認定薬剤師の更新を申請します。

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			
前回認定期間	（西暦）　　年　　月　　日～（西暦）　　年　　月　　日			
認定薬剤師登録番号		**認定機関名**		
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	□薬局・薬店　□病院・診療所　□教育・研究機関 □医薬品関係企業　□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

- □　認定薬剤師研修手帳
- □　薬剤師免許の写し
- □　学術大会参加証の写し
- □　要綱第 13 条 1 項に定められた認定薬剤師証の写し
- □　現在有効である在宅療養支援認定薬剤師証の写し
- □　事例報告書（5 事例）
- □　振込金（兼手数料）受領書