

研修認定薬剤師申請書（再交付）

年 月 日

一般社団法人上田薬剤師会 会長 殿

一般社団法人上田薬剤師会薬剤師生涯研修認定制度に基づき認定薬剤師証の再交付を申請します。

申請者氏名	ふりがな				印
	氏名				
	ローマ字表記	姓 名			
生年月日	(西暦) 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		
現住所	〒				
電話番号	— —	FAX番号	— —		
認定薬剤師登録番号	(登録番号)	(登録年月日)	年 月 日		
再交付申請理由	<input type="checkbox"/> 登録内容の変更（変更内容：） <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
認定申請料の納入	再交付申請料 5,000 円				
	納入方法 <input type="checkbox"/> 上田薬剤師会事務局で支払う <input type="checkbox"/> 金融機関にて振り込み。 <u>振り込みの場合は「払込兼受領書」の写しを裏面に貼付すること。</u> [振込先口座]				

個人情報保護法を遵守し、申請書に記載された個人情報は管理責任者のもとで適正に取り扱います。

上田薬剤師会 記入欄	受付日	年 月 日	認定番号	係員
	許可日	年 月 日		
	承認書発送日	年 月 日		