上田薬剤師会認定薬剤師申請書（　新規　・　継続　）

年　　月　　日

一般社団法人上田薬剤師会 会長　殿
所定の単位を取得したので、一般社団法人上田薬剤師会生涯研修認定制度に基づき認定薬剤師証の交付を申請します。

申請者氏名	ふりがな			㊞
	氏　　名			
	ローマ字表記	姓　　名		
生年月日	（西暦）　　年　　月　　日	性別	□ 男性　□ 女性	
現住所	〒			
電話番号	－　－	ＦＡＸ番号	－　－	
Ｅ－ｍａｉｌ				
出身大学		卒業年次	（昭和・平成）　　年	
薬剤師名簿	（登録番号）　　（登録年月日）　　年　　月　　日			
職業の分類	□ 病院・診療所　□ 薬局・薬店　□ 教育・研究機関			
	□ 企業　□ その他（　　）　□ 無職			
申請日	（西暦）　20　　年　　月　　日			
取得単位数	合　計　　単位			
単位取得状況	１年目　　単位（うち必須研修　　単位）			
	２年目　　単位（うち必須研修　　単位）			
	３年目　　単位（うち必須研修　　単位）			
	４年目　　単位（うち必須研修　　単位）※新規の場合のみ			
単位取得期間の延長	□ なし　□あり（理由：　　）			
認定申請料の納入	認定申請料　10,000 円			
	納入方法 □　上田薬剤師会事務局で支払う □　金融機関にて振り込み。 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。 〔振込先口座〕			
添付書類	研修手帳等、単位取得を証明するもの			

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		