

認定薬剤師証 再交付申請書

様式2

西暦 年 月 日

星薬科大学 認定薬剤師研修制度委員会 殿

星薬科大学認定薬剤師研修制度に関する規定第14条に基づき、認定薬剤師証の再交付を申請いたします。

チェックボックスは、印刷前にクリックするとチェック☑が入ります。

申請者	ふりがな 氏名 印	性別 (任意)	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
	英文表記 (姓 名)		
生年月日	西暦 年 月 日		
認定薬剤師番号	第 号		
本学受講システムへのユーザー登録はありますか？	<input type="checkbox"/> あり (※の項目は記入不要) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		
メールアドレス	(印刷前のご入力をおすすめします)		
※現住所	〒		
	電話番号 ()	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 勤務先
※職業の分類	<input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 病院・診療所 <input type="checkbox"/> ドラッグストア <input type="checkbox"/> 製薬企業・化粧品 <input type="checkbox"/> 医薬品卸 <input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> 教育・研究機関 <input type="checkbox"/> 学生 (大学院生など) <input type="checkbox"/> CRO/SMO (臨床開発系) <input type="checkbox"/> その他 ()		
※勤務先名称			
前回申請時からの変更箇所の有無	<input type="checkbox"/> 変更箇所なし		
	<input type="checkbox"/> 変更箇所あり	<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 職業	<input type="checkbox"/> 現住所 <input type="checkbox"/> 勤務先名称
再交付申請理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> その他 ()		
手数料納入	金額	5,000円	
	振込方法	<input type="checkbox"/> 受講システムでクレジット決済	
		<input type="checkbox"/> 銀行振込	
振込先 みずほ銀行 荏原支店 <input type="checkbox"/> 座番号: (普) 8018782 <input type="checkbox"/> 座名義: (学) 星薬科大学 <input type="checkbox"/> ATM振込: 振込票兼受領書のコピーを申請書の裏面に貼付 <input type="checkbox"/> ネット振込: 振込したことが分かる画面のスクリーンショットをメール送信 Mail: hoshi-nintei@hoshi.ac.jp			