

受講証明申請書（星薬科大学認定研修会等）

申請日	(西暦) 年 月 日			
受講者番号				
ふりがな				
氏名		男・女	生年月日 (西暦) 年 月 日	
現住所	(〒 -)			
連絡先	電話番号 () (<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯)			
受渡方法	<input type="checkbox"/> 郵送（返信用封筒同封のこと） <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> 直接受取（予め日時を連絡のこと）			
証明書郵送先 (郵送希望の場合)	(〒 -) ※現住所と同一の場合は、「同上」と記入してください。			
メールアドレス	@ ※受渡方法を「メール」とする方は、必ずPCのメールアドレスを記入してください。			
「受講証明書」の発行を希望する各研修の情報 (生涯研修認定単位シールに記載された内容)				
	受講年月日	研修区分	開催会場	単位数
例	2019年 7月 1日	認定薬剤師研修	星薬科大学	2
		※以下同様の場合は、「〃」と記載しても差し支えない。		
1	年 月 日			
2	年 月 日			
3	年 月 日			
4	年 月 日			
5	年 月 日			
6	年 月 日			
7	年 月 日			
8	年 月 日			
薬剤師名簿登録番号	第 号 (西暦 年 月 日 登録)			
確認事項 (<input type="checkbox"/> 印にチェック)	<input type="checkbox"/> 郵送希望の場合、切手が貼付され「返信用封筒」に宛先が明記されている。 (郵便料金：定型長3号 84円、角2号 140円) <input type="checkbox"/> 薬剤師免許証の写し(1通)がある。 ※初回提出のみ			

【事務使用欄】

受付年月日	発送年月日
発行番号	
備考欄	