

# 認定薬剤師申請書

( 新規 ・ 更新 )

(西暦) 年 月 日

星薬科大学 認定薬剤師研修制度委員会 殿

所定の単位を取得しましたので、認定薬剤師証の(新規交付・更新)を申請いたします。(どちらかを○で囲む)

申請者氏名	ふりがな	性別	<input type="checkbox"/> 男性
	氏名 ④		<input type="checkbox"/> 女性
	英文表記(姓 名 )		
生年月日	年 月 日		
現住所	〒		
	連絡先電話番号 ( ) ( <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 )		
勤務先名称			
出身大学名			
メールアドレス	@		
1. 研修単位数	合計 単位	(内訳) 星薬科大学 単位 ・ その他 単位	
2. 認定薬剤師番号 (更新の場合)	第 号	認定期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 認定機関名:	
3. 薬剤師名簿 登録番号	第 号 ( 年 月 日 登録)		
4. 職業の分類	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 薬局(調剤) <input type="checkbox"/> 薬局(調剤+OTC) <input type="checkbox"/> 薬店OTC <input type="checkbox"/> 医薬品企業 <input type="checkbox"/> 研究機関 <input type="checkbox"/> その他の職業 <input type="checkbox"/> 無職		
5. 認定条件の 特別な理由	<input type="checkbox"/> 出産・育児 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 保留期間 ( 年 月 ~ 年 月 )		
6. 審査料納入	審査料納付年月日: 年 月 日 振込金額 <input type="checkbox"/> 新規: 12,000円 <input type="checkbox"/> 更新: 10,000円 振込先: みずほ銀行 荏原支店 (普) 8018782 (学) 星薬科大学 振込証明書類を裏面に貼付すること		
7. 添付書類	<input type="checkbox"/> 認定薬剤師研修手帳 <input type="checkbox"/> 薬剤師免許証の写し <input type="checkbox"/> 5に該当する場合、それを証明する書類 <input type="checkbox"/> 履歴書 (写真を貼付すること)		

※裏面に振り込み証明書を貼付してください。

※認定日は年4回(4/1・7/1・10/1・1/1)となります。

※認定申請手続きは1ヶ月前までにお済ませください。