

認知症研修認定薬剤師 認定新規申請書の書き方

(1)

認知症研修認定薬剤師 認定新規申請書

一般社団法人 日本薬局学会 会長 殿
申請に必要な資格・要件を満たしたため、規則第3章に基づき以下を申請いたします。

※年月日はすべて西暦でご記入ください。
申請日：201X年 XX月 XX日

申請者氏名 <small>※人名外字(JIS第一・第二水準に含まれない漢字)は赤字でご記入願います。</small>	ふりがな やっきょくまなぶ 氏名 薬局学	青	
生年月日	19XX年 10月 28日	性別	<input checked="" type="radio"/> 1. 男性 <input type="radio"/> 2. 女性
現住所	〒104-0028 東京都中央区八重洲 2-2-10		
日中連絡可能な電話番号	03-3243-3061	該当の方を○で囲む 自宅・勤務先 <input checked="" type="radio"/>	
e-mail アドレス	info@ps-japan.org		

(1)申請者の情報について

必要事項を記入してください。認定証の表記は、明朝体を使用しております。

現住所は都道府県からご記入願います。電話番号は、日中にご連絡の取れる番号をご記入ください。ご記入いただきましたメールアドレスに、今後更新に関するお知らせなどをご連絡いたします。

(2)

◆以下書類の複写を添付して提出します。

<input checked="" type="checkbox"/> 薬剤師免許証	<input checked="" type="checkbox"/> 日本薬局学会 会員証
<input checked="" type="checkbox"/> 認知症研修認定薬剤師試験合格認定証	<input checked="" type="checkbox"/> 認定申請料 振込明細
<input checked="" type="checkbox"/> 研修認定薬剤師 認定薬剤師証	

薬剤師名簿登録番号	第 012345号	薬剤師名簿登録年月日	199X年X月XX日
日本薬局学会正会員番号	P 9999	薬剤師実務歴	2X年Xヶ月
認知症サポーター受講都道府県	東京 (都道府県)	研修認定薬剤師取得年月日	201X年X月X日
e-ラーニング単位取得開始年月	201X年X月X日	ワークショップ単位取得年月日	基礎編：2016年X月X日 応用編：2016年X月X日

(2)申請者資格情報について

書類(複写)が全て揃っていることを確認してから申請してください。

日本薬局学会の正会員番号は「P」から始まる4桁の数字です。実務歴は申請段階の年月で記入してください。

(3)

..... 切り取らないでください

認知症研修認定薬剤師 認定新規申請書 同意書 ※所属長が記入してください

申請者 **薬局学** は、認知症研修認定薬剤師の申請要件を満たしていると証明し、申請に同意いたします。

所属	株式会社日本薬局学会	薬局名	エヌファ八重洲薬局
ふりがな氏名	所属 長一	所属	

事務局使用欄

(3)同意書について

職場長の許可を得て同意書をご提出ください。該当する上長がない場合は記載不要です。
例)申請者自身が所属団体の代表者の場合は不要。薬局長等の場合は本部の上長にあたる方や代表者の同意が必要です。

◆申請料の振り込みについて

認定申請料 10,800 円 (税込み) は下記口座へお振込みください。
(振込手数料は申請者負担にてお願いします。)
なお、振込人名義には氏名の前に必ず「NP」を付けてください。
例) NP ヤッキョクマナブ

《振込先》

銀行名：三菱東京UFJ銀行 新丸の内支店

口座種別：普通

口座番号：4917551

口座名：一般社団法人 日本薬局学会 (イッパンシャダンハウジン ニホンヤッキョクガツカイ)