**認知症研修認定薬剤師制度　認定試験申込書**

一般社団法人　日本薬局学会　御中

申込日（西暦）　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| **申請者氏名** | ふりがな |
| 氏　名　 |
| **ご所属** |  |
| **生年月日** | （西暦）　　　　年　　月　　日 | **性別** | □男　　□女 |
| **連絡先住所****(勤務先もしくは自宅)** | 〒　　　　　－　　　※　自宅　・　勤務先　←　どちらかに○をつけてください。 |
| **電話番号** | 　　　　（　　　　）　　　　 | **携帯番号** | 　　　　（　　　　）　　　　 |
| **メールアドレス****（携帯アドレス不可）** | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※注1参照 |

※注1：上記メールアドレスに受験票を送付するため、添付ファイルの受け取れるアドレスとする事。

所定の単位を修得したので、日本薬局学会　認知症研修認定薬剤師制度実施細則　第2条に基づき認定試験の受験を申込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| **症例報告査読完了****受諾確認メール受信日** | （西暦）　　　　　　年　　　月　　　日 |
| **申込書添付書類(必須)** | □　e-ラー*ニングの受*講証明書（修了証が印刷出来ます）□　ワークショップ基礎編・応用編　修了証書　写し□　介入事例（本学会の定める書式）1例以上　(査読後の症例報告書)※メールにて症例報告書として事前提出し、最終合否通知メールを受信したのち、お申込みください。□　認定試験受験料　振込明細　写し（申込み前に納入：下記参照） |
| **受験料納入** | 受験料11,000円（税込）を下記口座に**9月6日(金)まで**にお振込み頂き、「振込明細」等の写しを添付すること。三菱ＵＦＪ銀行　新丸の内支店　 普通口座　4917551名義：一般社団法人日本薬局学会（イッパンシャダンホウジンニホンヤッキョクガッカイ）振込人名義には数字で「2024」のあとに「受験者氏名」を入力すること。入力例：2024ニホンハナコ |
| **面接試験****受験方式選択** | * 現地受験（会場：パシフィコ横浜）
* オンライン（ZOOM）※現地受験のできない理由を以下に記入ください

理由：　　 |