

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 理事長 殿

申請に必要な資格・要件を満たしたため、規程第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：202X年XX月XX日

申請者氏名 ※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。	フリガナ ヤッキョク マナブ 氏名 薬局 学		
生 年 月 日	19XX 年 1 月 1 日	性別	①. 男性 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		
e-mail アドレス	info@ps-japan.org		

◆以下書類の複写を添付して提出します。

- | | |
|---|--|
| ☒ 薬剤師免許証 | ☒ 日本薬局学会 会員証 |
| ☒ 認知症研修認定薬剤師試験合格認定証 | ☒ 認定申請料 振込明細 |
| ☒ 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 XX 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	202X 年 X 月 X 日	ワークショップ 単位取得年月日	基礎編：202X 年 X 月 X 日 応用編：202X 年 X 月 X 日
ホームページ上での お名前や勤務地の掲載について	①. 掲載を希望する 2. 掲載を希望しない (該当の方を○で囲む)		

・・・・・・・・・・・・・・・・・・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 部 署 名	エヌファ八重洲薬局
ふりがな 氏 名	しよぞく ちょういち 所属 長 一		

事務局使用欄

--	--	--	--	--	--