


認知症研修認定薬剤師 認定更新申請書

一般社団法人 日本薬局学会 会長 殿

更新申請に必要な資格・要件を満たしたため、規程第5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。

更新申請日：202×年 ×月×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		
認定番号	××××××	認定期限	202×年×月××日迄
現住所 (申請時と変更がない場合も記入すること)	〒103-0027 東京都中央区日本橋3-12-2朝日ビルディング4階		
日中連絡可能な電話番号	03-3243-3061 (または 080-××××-××××)		該当の方を○で囲む <input checked="" type="radio"/> 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。

<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"/> 症例報告書 (1例以上)	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症研修認定薬剤師更新申請書更新単位チェック表 (別紙1)
<input checked="" type="checkbox"/> 研修認定薬剤師 認定薬剤師証	<input checked="" type="checkbox"/> 学会・研修会等の参加を証明する書類または報告書など (各書類には通し番号を記載のこと)
<input checked="" type="checkbox"/> 認定更新申請料 振込明細	<input checked="" type="checkbox"/> 「認知症対応力向上セミナー」伝達講習会参加証
<input checked="" type="checkbox"/> 期間延長許可書 (延長申請した場合のみ)	

薬剤師名簿登録番号	第 012345 号	薬剤師名簿登録年月日	199×年××月××日
日本薬局学会正会員番号	P 0000	薬剤師実務歴	1×年 ××ヶ月
症例報告書提出日	202×年××月××日	研修認定薬剤師取得 (更新) 年月日	201×年××月××日
取得単位数	1×単位		

ホームページ上でのお名前のご掲載について	<input checked="" type="radio"/> 1. 掲載を希望する	<input type="radio"/> 2. 掲載を希望しない (該当の方を○で囲む)
----------------------	---	---

事務局使用欄					
--------	--	--	--	--	--