

【2019年7月1日以降に実施した研修会が対象となります。】

センター記入欄	発行番号	
---------	------	--

神戸薬科大学エクステンションセンター長 殿

受講証明申請書

提出日：西暦 年 月 日

所定の講座を受講したので、受講証明書を申請いたします。

受講年月日	年 月 日
受講者氏名	
現住所	〒
連絡先	TEL : FAX :
E - m a i l	@
薬剤師免許番号	第 号
研修会名称	
取得単位数	単位

センター記入欄	受付日	年 月 日	単位数	単位	受理番号	
---------	-----	-------	-----	----	------	--

※申請方法：当申請書と、薬剤師免許証の写しなど「薬剤師免許番号」が記載されているものの写しと合わせて当センターへ郵送してください（単位シールの添付は不要です）。

神戸薬科大学エクステンションセンター
〒658-8558 神戸市東灘区本山北町 4-19-1
Tel : (078)441-7627 Fax : (078)441-7629