

神戸薬科大学エクステンションセンター長 殿

生涯研修認定薬剤師証交付申請書（新規・更新）

所定の単位を修得したので、認定薬剤師証の交付を申請いたします。

提出日：西暦 年 月 日

申請者氏名	ふりがな 氏名	印	性別 ○で囲む	1. 男 2. 女
生年月日	西暦 年 月 日			
現住所	〒			
連絡先 TEL・FAX	TEL :	FAX :		
E-mail	@			
出身大学名				
1. 研修単位数 (新規・更新のいずれかを○で囲む)	新規	単位		
	更新	単位		
2. 申請日（新規申請の場合のみ記入）	西暦	年	月	日
3. 薬剤師名簿登録番号	第	号		
4. 薬剤師名簿登録年月日	西暦	年（昭和・平成）	年	月 日
5. 認定薬剤師番号（更新者）	第	号		
6. 審査料納付年月日	西暦	年	月	日
7. 交付申請料利用明細書貼付欄	振込識別番号「001」 利用明細書の写しをここに貼付すること (ネットバンキング等で利用明細書が無い場合は不要)			
8. 認定証（カード）（無料）	希望する	・	希望しない	希望する場合は、縦4cm、横3cmの顔写真を同封すること
9. 認定期間変更該当者（変更理由） (研修認定薬剤師認定基準第3項に該当)				

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