

(様式5)

## 認定薬剤師単位取得申請書 (学会発表用)

年 月 日

一般社団法人日本女性薬剤師会認定薬剤師研修制度委員会 殿

生涯研修認定単位として、資料 (別刷り1部) を添付し、下記を申請いたします。

申請者氏名	ふりがな 氏 名 印	性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
	英文表記 (姓 名 )	
生年月日	(西暦) 年 月 日	
受理通知書等 送付先住所	〒	
連絡先電話番号	TEL (自 宅) :	FAX :
	TEL (勤務先) :	携帯 :
メールアドレス (携帯電話不可)	@	
日本女性薬剤師会認定薬剤師登録番号 (取得の方のみ)		

発表学会名	
開催年月日	(西暦) 年 月 日 ~ 月 日
発表日	(西暦) 年 月 日
開催場所	
主催団体名	
発表種別	<input type="checkbox"/> 発表者 <input type="checkbox"/> 共同発表者
添付資料	① <input type="checkbox"/> プログラムコピー <input type="checkbox"/> 抄録コピー (どちらかチェック)
	② 学会参加証のコピー

\* 論文発表と学会発表の認定はあわせて1期10単位までです。

(下段は記入しないでください。)

日本女性薬剤師会 記入欄	受付日	年 月 日	受理番号	第 号
	許可日	年 月 日		