**（一社）日本女性薬剤師会生涯研修認定制度認定研修会等　受講証明書申請用紙**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請日 | （西暦）　　　　年　　　　月　　　 日 |  |
| 申請料 | 1通　1,100円（税込）振込先は別紙参照 |
| ふりがな |  | 生年月日 | （西暦）　　　　年月　　　日 |
| 氏　　名 |  | 男・女 |
| 現 住 所 | （〒　　　－　　　　） |
| 連 絡 先 | 電話番号　　　　（　　　　）　　　　　（□　自宅　　□　勤務先　□　携帯） |
| 受渡方法 | □　郵送（返信用封筒同封のこと）　　□　メール |
| 証明書郵送先（郵送希望の場合のみ記載） | （〒　　　－　　　　）※現住所と同一の場合は、「同上」と記入してください。 |
| メールアドレス | 　　　　　　　　　　　　　　＠※受渡方法を「メール」とする方は、必ずＰＣのメールアドレスを記入してください。 |
| 「受講証明書」の発行を希望する各研修の情報（生涯研修認定単位シールに記載された内容） |
|  | 受講年月日 | 研修区分 | 開催会場 | 単位数 |
| 例 | 2019年 6月 23日 | 日本女性薬剤師会学術講演会 | KFCセンター | 4 |
| ※以下同様の場合は、「〃」と記載しても差し支えない。 |
| 1 | 年　　月　　日 |  |  |  |
| 2 | 年　　月　　日 |  |  |  |
| 3 | 年　　月　　日 |  |  |  |
| 4 | 年　　月　　日 |  |  |  |
| 5 | 年　　月　　日 |  |  |  |
| 6 | 年　　月　　日 |  |  |  |
| 7 | 年　　月　　日 |  |  |  |
| 8 | 年　　月　　日 |  |  |  |
| 薬剤師名簿登録番号 | 第　　　　　　　　　　　　　号（　　　　年　　月　　日　登録） |
| 確認事項（チェック印☑記載） | □本申請用紙の全ての項目に不備、漏れがなく正しく記載されている。□別紙振込先に入金し振込票（原本）を添付している。□郵送希望の場合、返信用封筒「定形」に切手110円□薬剤師免許証の写し（１通）を同封する。□他プロバイダーへ薬剤師名簿登録番号を開示することに同意する。 |

【事務局使用欄】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付年月日 |  | 発送年月日 |  |
| 発行番号 |  |
| 備考欄 |  |