年　　月　　日

神奈川県薬剤師会　会長 殿

神奈川県薬剤師会　生涯学習認定薬剤師　新規申請書

所定の単位を取得したので、規程第8条に基づき申請をいたします。

申請者氏名	ふりがな　かながわ　たろう 氏　名　神奈川　太郎	性　別	1．男性 2．女性
受理書等送付先	〒２３５－０００７ 神奈川県横浜市磯子区西町１４－１１ 電話番号　０４５－７６１－３２４１		
勤務先名称	○○薬局		
勤務先住所	〒 同　上 電話番号　－　－		
連絡先電話番号	○○○ － ○○○○ － ○○○○　（自宅・勤務先・携帯）		
連絡先メールアドレス	○○○@○○○.com		
取得単位	○○　単位（生涯学習記録を添付すること）		
薬剤師名簿登録番号	○○○○○○	薬剤師名簿登録年月日	○○年○○月○○日
申請料納入 （○で囲んでください）	（規程第12条に該当する場合）申請料を振込み、「払込受領証」の写しを裏面に貼付すること。 1.会員　（会員№　１２３４５６７　）5,500円（税込） 2.一般　11,000円（税込）		
6.特別な事由 （ある場合その理由と期間を記載すること）	（規程第10条に該当する場合）		

認定証の送付先をご記入ください

日中、連絡が取れる電話番号をご記入ください

通知等メール受信可能なアドレスをご記入ください

振込後「払込受領証」の写しを申請書裏面に貼付してください

（注）1. 用紙の大きさは、日本工業規格Ａ４とする。

県薬記入欄	受付日	年　月　日	受付番号	
	認定日	年　月　日	認定番号	第　―　号

Ver.2025.04