　　　年　　月　　日

（公社）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　更新申請書**

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  氏　　　名 | | 性　別 | | １．男性  ２．女性 |
| 認定登録番号 | 第　　　　　　－ | | | | |
| 受理書等送付先 | 〒  電話番号　　　　　－　　　　　－ | | | | |
| 勤務先名称 |  | | | | |
| 勤務先住所 | 〒  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 | @ | | | | |
| 取得単位 | 単位（生涯学習記録を添付すること）  １．研修会　　　２．学会等出席 | | | | |
| 薬剤師名簿登録番号 |  | 薬剤師名簿登録年月日 | |  | |
| 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№　　　　　　　　　　　　）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） | | | | |

（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