

(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 かながわ たろう 氏 名 神奈川 太郎	性別	1. <input checked="" type="radio"/> 男性 2. <input type="radio"/> 女性
認定登録番号	第 〇〇〇〇 - 〇〇		
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		認定証の送付先を ご記入ください
勤務先名称	〇〇薬局		
勤務先住所	〒 同 上 電話番号 - -		日中、連絡が取れる電話 番号をご記入ください
連絡先電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 (自宅・勤務先・ <input checked="" type="radio"/> 携帯)		
取得単位	〇〇単位 (生涯学習記録を添付すること)		
薬剤師名簿登録番号	〇〇〇〇〇〇	薬剤師名簿登録年月日	〇〇年〇〇月〇〇日
申請料納入 (〇で囲んでください)	(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. <input checked="" type="radio"/> 会員 (会員No. 1 2 3 4 5 6 7 ) 5,100円 (税込) 2. <input type="radio"/> 一般 10,200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)  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 ー 号