

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 ー		
受理書等送付先	〒 電話番号 ー ー		
勤務先名称			
勤務先住所	〒 電話番号 ー ー		
連絡先電話番号	ー ー (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)		
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No.) 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 ー 号