

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. <input checked="" type="radio"/> 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	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. 会員 (会員No. 1 2 3 4 5 6 7) 5,100円 (税込) 2. 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 一 号