

(様式 4)

## 認定薬剤師申請書（新規・更新）

年 月 日

北海道科学大学 薬剤師生涯学習センター運営委員会 御中

所定の単位を取得したので、認定薬剤師証の（新規交付・更新）を申請いたします。

（どちらかを○で囲む）

申請者氏名	ふりがな 氏 名	印	性 別 (○で囲む)	1.男性 2.女性
	ローマ字表記 (ブロック体) 姓	名		
生年月日	年 月 日			
現住所 電話、FAX 番号	〒  自宅電話番号 ( ) 自宅FAX番号 ( ) 携帯電話番号 ( )			
勤務先名称	勤務先電話番号		( )	
メールアドレス (携帯電話不可)	@			
1.取得単位	計 単位 (本学主催 単位・その他 単位)			
2.認定薬剤師番号 (更新の場合)	第 号	認定期間	年 月 日～ 年 月 日 認定機関名：	
3.薬剤師名簿登録番号	第 号	4.薬剤師名簿登録年月日	年 月 日	
5.職業の分類 (該当項目を○で囲む)	1.病院・診療所勤務 2.薬局・薬店等 3.企業 4.研究機関 5.その他の職業 6.無職			
6.規定の期間を超えて 申請する場合、その事由	<input type="checkbox"/> 出産・育児 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 保留期間 ((西暦) 年 月 ~ ( 年 月 )			
7. IDカード発行希望 (どちらかを○で囲む)	有 無 ※有の場合は登録用カラー写真を同封するか または写真データをメール等で提出する			
8.申請料納入 (該当項目を○で囲む)	下記の申請料金を銀行にて振り込み、振り込みを証明する書類（振込控の コピーなど）を裏面に貼付すること。 1. 認定証のみ 10,000円 2. 認定証とIDカード（ホルダー付） 10,000円 振込先 北洋銀行 手稲中央支店 (普)4273960 北海道科学大学 第三収納			
9.添付書類 (□にチェック)	<input type="checkbox"/> 認定薬剤師研修ファイル <input type="checkbox"/> 薬剤師免許証の写し <input type="checkbox"/> 履歴書（様式8） <input type="checkbox"/> 他の認定機関からの更新の場合、認定薬剤師証の写し <input type="checkbox"/> 6. に該当する場合、それを証明する書類			
10.備考 (事務局記入)				