**北海道医療大学認定薬剤師研修制度**

**認 定 薬 剤 師 証 申 請 書 （ 新 規 ・ 更 新 ）**

　年　　　月　　　日

北海道医療大学　認定薬剤師研修制度運営委員長　殿

所定の単位を取得しましたので、認定薬剤師証を申請します。

＊必要事項を記載または該当する項目を○で囲むか□にチェックしてください

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名 | ふりがな | | |  | | | | | | | | | 性別 | □ 男性  □ 女性 | |
| 氏名 | | |  | | | | | | | 印 | |
| 英文表記（姓： | | | | | |  | | | 名： | |  | | | ） |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 現住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | |
| TEL： | |  | | | | | | FAX： | | |  | | | |
| 勤務先 | 名称： | |  | | | | | | TEL： | | |  | | | |
| メールアドレス |  | | | | | | | | | | | | | | |
| １．研修単位数 | 合計 |  | | | 単位 | | | （内訳）北海道医療大学　　　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 | | （　　　　　年　　　月　　　日　登録 ） | | | | | | | |
| ４．職業の分類 | □ 病院・診療所　　　□ 薬局・薬店　　　□ 医薬品企業　　　□ 研究機関  □ その他企業（　　　　　　　　）　□その他職業（　　　　　　　　）　□無職 | | | | | | | | | | | | | | |
| ５.本学認定基準第4条の適用を希望する場合 | □出産・育児　　□傷病　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ＊保留期間（　　　　　年　　　月　～　　　　　　年　　　月） | | | | | | | | | | | | | | |
| ６．審査料納入 | 審査料納付年月日：　　　　　年　　　月　　　日  振込金額：　10,000円 　※振込人氏名の後に「認定薬剤師」と付記してください  振込先：　北海道銀行　当別支店　（普）１０４４２２　（学）東日本学園  振込証明書類を裏面に貼付してください | | | | | | | | | | | | | | |
| ７．添付書類 | □　認定薬剤師研修手帳  □　薬剤師免許証の写し  □　履歴書（所定用紙：写真を貼付してください）  □　５に該当する場合は、それを証明する書類  □　他の認定機関からの更新の場合は、当該機関発行の認定薬剤師証の写し | | | | | | | | | | | | | | |

＊個人情報保護法を遵守し、履歴書に記載された個人情報は適正に取り扱います。