**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。