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〇で囲むか□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。