

新規（様式第14号）

研修認定薬剤師証新規申請書

年 月 日

新潟薬科大学高度薬剤師教育研究センター長 殿

申請者氏名	ふりがな				印		
	氏名						
	ローマ字表記	姓	名				
生年月日	(西暦)	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性
出身大学				卒業年次	(昭和・平成) 年		
現住所	〒						
電話番号	-	-	FAX番号		-	-	
E-mail (携帯アドレス不可)		@					

所定の単位を取得したので、新潟薬科大学生涯研修認定薬剤師認定基準及び同実施規程に基づき研修認定薬剤師証を申請します。

1. 取得単位	計	単位 (新潟薬科大学)	単位・その他	単位
2. 薬剤師名簿登録番号	第	号	登録年月日	年 月 日
3. 職業の分類 (該当項目を□にチェック)	<input type="checkbox"/> 病院・診療所 <input type="checkbox"/> 薬局・薬店 <input type="checkbox"/> 教育・研究機関 <input type="checkbox"/> 企業 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 無職			
4. 申請料納入	下記の申請料を金融機関にて振り込み、「 <u>払込兼受領書</u> 」の写しを裏面に貼付すること。 【申請料】 10,000 円 【振込先口座】 ゆうちょ銀行 ○五九店 当座預金 0085854 新潟薬科大学高度薬剤師教育研究センター			
5. 添付書類 (該当項目の□にチェック)	<input type="checkbox"/> 薬剤師生涯研修履修手帳 <input type="checkbox"/> 薬剤師免許証の写し <input type="checkbox"/> 履歴書 (様式第12号)			
6. 第21条第2項(4)に基づき期間を越えて申請する場合	事前に「研修認定薬剤師単位取得期間延長申請書」の提出がない場合は、本申請書と併せて「研修認定薬剤師取得単位期間延長申請書」及び理由に応じた必要添付書類をご提出ください。			

個人情報保護法を遵守し、申請書に記載された個人情報は管理責任者のものと適正に取り扱います。

新潟薬科大学 記入欄	受付日	年 月 日	認定番号	係員
	許可日	年 月 日		
	承認書発送日	年 月 日		