

新潟薬科大学生涯研修認定制度認定研修会等 受講証明書申請用紙

申請日	(西暦) 年 月 日			
受講者番号				
ふりがな				
氏名		男・女	生年月日	(西暦) 年 月 日
現住所	(〒 -)			
連絡先	電話番号 () (<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯)			
受渡方法	<input type="checkbox"/> 郵送 (返信用封筒同封のこと) <input type="checkbox"/> メール			
証明書郵送先 (郵送希望の場合のみ記載)	(〒 -) ※現住所と同一の場合は、「同上」と記入してください。			
メールアドレス	@ ※受渡方法を「メール」とする方は、必ずPCのメールアドレスを記入してください。			
「受講証明書」の発行を希望する各研修の情報 (生涯研修認定単位シールに記載された内容)				
	受講年月日	研修区分	開催会場	単位数
例	2019年 4月 1日	薬剤師生涯教育講座 グループ研修	朱鷺メッセ	1
※以下同様の場合は、「//」と記載しても差し支えない。				
1	年 月 日			
2	年 月 日			
3	年 月 日			
4	年 月 日			
5	年 月 日			
6	年 月 日			
7	年 月 日			
8	年 月 日			
9	年 月 日			
薬剤師名簿登録番号	第 号 (西暦 年 月 日 登録)			
確認事項 (チェック印 ☑記載)	<input type="checkbox"/> 本申請用紙の全ての項目に不備、漏れがなく正しく記載されている。 <input type="checkbox"/> 郵送希望の場合、返信用封筒が「角形2号封筒」であり、切手140円分が貼付され、宛先が明記されている。 <input type="checkbox"/> 薬剤師免許証の写し(1通)がある。			

【事務局使用欄】

受付年月日		発送年月日	
発行番号			
備考欄			