

再交付（様式第16号）

研修認定薬剤師証再交付申請書

年 月 日

新潟薬科大学高度薬剤師教育研究センター長 様

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

新潟薬科大学生涯研修認定薬剤師認定基準及び同実施要領に基づき、認定薬剤師証の再交付を申請します。

1. 研修認定薬剤師登録番号	
2. 再交付申請理由 (該当項目を□にチェック)	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> その他 ()
3. 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

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		