認知症研修認定薬剤師　認定新規申請書

一般社団法人　日本薬局学会　会長　殿

申請に必要な資格・要件を満たしたため、規則第3章に基づき以下を申請いたします。

※年月日はすべて**西暦**でご記入ください。

申請日：　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者氏名※人名外字(JIS第一・第二水準に含まれない漢字)は赤字でご記入願います。 | フリガナ氏名 | 印 |
| 生年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 | 性別 | 1. 男性

２．女性 |
| 現住所 | 〒 |
| 日中連絡可能な電話番号 |  | 該当の方を○で囲む自宅・勤務先 |
| e-mailアドレス |  |

**◆以下書類の複写を添付して提出します。**

|  |  |
| --- | --- |
| □薬剤師免許証 | □日本薬局学会　会員証 |
| □認知症研修認定薬剤師試験合格認定証 | □認定申請料　振込明細 |
| □研修認定薬剤師　認定薬剤師証 |  |
| 薬剤師名簿登録番号 | 第　　　　　　　　　号 | 薬剤師名簿登録年月日 | 　　　　年　　　月　　　日 |
| 日本薬局学会正会員番号 | P | 薬剤師実務歴 | 　　　　　年　　　ヶ月 |
| 認知症サポーター受講都道府県 | 都道府県 | 研修認定薬剤師取得年月日 | 　　　　年　　　月　　　日 |
| e-ラーニング単位取得開始年月 | 　　　　年　　　月　　　日 | ワークショップ単位取得年月日 | 基礎編：20　　年　　月　　日応用編：20　　年　　月　　日 |
| ホームページ上でのお名前や勤務地の掲載について | 1.　掲載を希望する　　2.　掲載を希望しない（該当の方を○で囲む） |

・・・・・・・・・・・・・・・切り取らないでください・・・・・・・・・・・・・・・

**認知症研修認定薬剤師　認定新規申請書　同意書**※所属長が記入してください

申請者　　　　　　　　　　　　　　は、認知症研修認定薬剤師の申請要件を

満たしていると証明し、申請に同意いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属 |  | 薬局名部署名 |  |
| ふりがな氏名 |  | 印 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **事務局使用欄** |  |  |  |  |  |