

# 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：201X年 XX月 XX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。	ふりがな やつきよく まなぶ 氏名 薬局学		
生年月日	19XX年 10月 28日	性別	① 男性 2. 女性
現住所	〒104-0028 東京都中央区八重洲 2-2-10		
日中連絡可能な電話番号	03-3243-3061	該当の方を○で囲む 自宅・勤務先	
e-mailアドレス	info@ps-japan.org		

◆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 012345 号	薬剤師名簿 登録年月日	199X年 X月 XX日
日本薬局学会 正会員番号	P 9999	薬剤師実務歴	2X年 Xヶ月
認知症サポーター 受講都道府県	東京 (都道府県)	研修認定薬剤師 取得年月日	201X年 X月 X日
e-ラーニング 単位取得開始年月	201X年 X月 X日	ワークショップ 単位取得年月日	基礎編：2016年 X月 X日 応用編：2016年 X月 X日

.....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 薬局学 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	株式会社日本薬局学会	薬局名 部署名	エヌファ八重洲薬局
ふりがな 氏名	しよぞく 所属 ちょういち 長一		

事務局使用欄					
--------	--	--	--	--	--