認知症研修認定薬剤師　認定更新申請書

一般社団法人　日本薬局学会　会長　殿

更新申請に必要な資格・要件を満たしたため、規程第5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。

更新申請日：　　　　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 |
| 認定番号 |  | 認定期限 | 　　　　年　　 月　　　日迄 |
| 現住所（申請時と変更がない場合も記入すること） | 〒 |
| 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 |
| □症例報告書（1例以上） | □認知症研修認定薬剤師更新申請書更新単位チェック表（別紙1） |
| □研修認定薬剤師　認定薬剤師証 | □学会・研修会等の参加を証明する書類または報告書など（各書類には通し番号を記載のこと） |
| □認定更新申請料　振込明細 | □「認知症対応力向上セミナー」伝達講習会参加証 |
| □期間延長許可書（延長申請した場合のみ） |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |
| 症例報告書提出日 | 　　　　年　　　月　　　日 | 研修認定薬剤師取得（更新）年月日 | 　　　　年　　　月　　　日 |
| 取得単位数 | 　　　　　　　　　　　単位 |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ホームページ上でのお名前の掲載について | 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） |

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