

# 認知症研修認定薬剤師 認定新規申請書の書き方

## 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

(1)

申請者氏名 <small>※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。</small>	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		

(2)

◆以下書類の複写を添付して提出します。

<input type="checkbox"/> 薬剤師免許証	<input type="checkbox"/> 日本薬局学会 会員証
<input type="checkbox"/> 症例報告書 (1例以上)	<input type="checkbox"/> 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)
<input type="checkbox"/> 研修認定薬剤師 認定薬剤師証	<input type="checkbox"/> 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)
<input type="checkbox"/> 認定更新申請料 振込明細	<input type="checkbox"/> 「認知症対応力向上セミナー」伝達講習会参加証
<input type="checkbox"/> 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		

(3)

ホームページ上でのお名前のご掲載について	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					
--------	--	--	--	--	--

### ◆認定更新申請料の振り込みについて

認定更新申請料 11,000 円 (税込み) は下記口座へお振込みください。

(振込手数料は申請者負担にてお願いします。)

なお、振込人名義には氏名の前に必ず「NPR」を付けてください。

例) NPR ヤッキョクマナブ

《振込先》

銀行名：三菱東京UFJ銀行 新丸の内支店

口座種別：普通 口座番号：4917551

口座名：一般社団法人 日本薬局学会 (イッパンシャダンホウジン ニホンヤッキョクガツカイ)

### (1)申請者の情報について

必要事項を記入してください。認定証の表記は、明朝体を使用しております。

現住所は都道府県からご記入願います。電話番号は、日中にご連絡の取れる番号をご記入ください。ご記入いただきましたメールアドレスに、今後更新に関するお知らせなどをご連絡いたします。

### (2)申請者資格情報について

書類(複写)が全て揃っていることを確認してから申請してください。

日本薬局学会の正会員番号は「P」から始まる4桁の数字です。実務歴は申請段階の年月で記入してください。

### (3)ホームページでの氏名掲載について

当学会ホームページに認知症研修認定薬剤師であることを氏名入りで掲載します。該当の方を○で囲んでください。