

## 認定単位申請書(グループ研修・自己研修)

申請日(西暦) 20 年 月 日

公益社団法人東京都薬剤師会 会長 殿

公益社団法人東京都薬剤師会の薬剤師生涯研修認定制度実施要綱に基づき、認定単位の申請をします。

申請者	フリガナ			㊟			
	氏名						
生年月日	(西暦)	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性
薬剤師名簿登録番号	第	号					
現住所	〒 - -						<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先
電話番号	-	-	日中連絡の取れる電話番号		-	-	
E-mail	@						※携帯電話のアドレスは不可
申請単位の区分	<input type="checkbox"/> グループ研修		<input type="checkbox"/> 自己研修				
研修名等・主催者 又は教材名 *1	研修名：						
	主催者：						
	教材名：						
講師等肩書・ 講師又は著者名	講師等肩書：				講師又は著者名：		
	研修場所						
研修日時又は 研修期間 *2	(西暦)	年	月	日	:	~	:
	(西暦)	年	月	日	~ (西暦)	年	月
研修時間(合計)	分 *3	・グループ研修: 90分以上/1単位			1認定単位の申請につき、 当申請書を1枚提出してください		
単位申請料(55円) の納入	<input type="checkbox"/> 東京都薬剤師会事務局で支払う						
	<input type="checkbox"/> 指定金融機関口座に振り込み済み 振り込みの場合は「ご利用明細」の写し(A4サイズ)を添付すること						
添付書類	<input type="checkbox"/> 成果報告書(様式 7-2)						
	<input type="checkbox"/> 返信用封筒(認定単位シールの郵送先を記入し、84円切手を貼付すること)						
	<input type="checkbox"/> 薬剤師免許証の写し(A4サイズ) *4						
	<input type="checkbox"/> 受講を証明できる資料 例: 使用したテキスト等の表紙、学会要旨等のうち自身の氏名が記載されているページ等の写し						
	※添付書類に関してご不明な点は、東京都薬剤師会生涯学修支援センターまでお問い合わせください。						

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とで適正に取り扱います。

\*1 グループ研修・学会等への参加については研修名・学会名や主催者を、教材を用いた自己研修については使用した教材名を記入してください。

\*2 研修が複数日に及ぶ場合は、「研修期間」欄に記入してください。

\*3 挨拶・休憩時間等は研修時間に含まれません。

\*4 東京都薬剤師会の認定薬剤師(認定番号 G26-\*\*\*\*\*)の方は、添付不要です。