

認定薬剤師 登録事項変更届

提出日(西暦) 20 年 月 日

申請者	フリガナ		④
	認定証に記載の氏名		
	薬剤師名簿登録番号	第 号	
	認定薬剤師登録番号		

フリガナ			
氏名に変更がある場合のみ 変更後の氏名			
<small>※氏名の変更があった場合は、変更後の氏名が記載された、運転免許証・マイナンバーカード・健康保険証・住民票(またはこれに類するもの)いずれかの、氏名と生年月日が記載された面の写しを添付してください。 また、認定薬剤師証の再交付(無料)を希望される場合には「認定薬剤師証 再交付申請書(氏名変更)」(様式 4-1)を合わせて提出してください。</small>			
現住所 *1	〒 - □ 自宅 □ 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		
職業の分類	<input type="checkbox"/> 薬局・薬店 <input type="checkbox"/> 病院・診療所 <input type="checkbox"/> 教育・研究機関 <input type="checkbox"/> 企業 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 無職		
認定後HPへの掲載	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない		
その他の事項			

個人情報保護法を遵守し、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 「現住所」欄に記入いただいた住所宛に、認定薬剤師証や各種ご案内をお送りします。
勤務先を指定する場合は、必ず勤務先名まで記入してください。

書類送付先
 公益社団法人東京都薬剤師会
 生涯学修支援センター
 〒101-0054
 東京都千代田区神田錦町 1-21
 TEL : 03-5577-4115
 FAX : 03-3295-2333
 メール : center@toyaku.or.jp