

東京都薬剤師会認定薬剤師申請書(他プロバイダーからの更新)

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

所定の単位を取得したので、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薬剤師の更新を申請します。

申請者	フリガナ				印
	氏名				
生年月日	(西暦)	年	月	日	性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
現住所 *1	〒 - -				<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
薬剤師名簿登録番号	第	号			
現在の認定番号	_____ (プロバイダー名: _____)				
現在の認定期間	(西暦)	年	月	日	～ 年 月 日
初回認定日	(西暦)	年	月	日	(更新回数 回)
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				
取得単位数	合 計	単 位			
認定後HPへの掲載	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない				
やむを得ない事由による認定期間の延長	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		ありの場合は、現在認定を受けているプロバイダーが発行した、延長後の認定期間が記載された通知文等の写しを添付すること。		
認定申請料の納入	<input type="checkbox"/> 認定証のみ 8,800 円 <input type="checkbox"/> 認定証と ID カード 12,100 円				
	納入方法 <input type="checkbox"/> 東京都薬剤師会事務局で支払う (必ず、事前に来会日をお知らせください) <input type="checkbox"/> 指定金融機関口座に振り込み済み <u>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</u> ※振込先：三菱UFJ銀行(機関コード0005) 神保町(ジソボチヨウ)支店(支店コード013) 普通預金 口座番号 1936877 公益社団法人東京都薬剤師会(シヤ)トキヨトヤクザイカイ				
添付書類	<input type="checkbox"/> 研修単位集計表(様式 2-1)及び研修単位記録表(様式 2-2)又は、他のプロバイダーが発行した研修手帳等、単位取得を証明するもの <input type="checkbox"/> 薬剤師免許証の写し(A4サイズ) <input type="checkbox"/> 現在有効である認定薬剤師証の写し <input type="checkbox"/> (IDカード発行希望者のみ) IDカード用の顔写真(カラー写真、無背景、正面、無帽、上半身、3cm×2.4cm) <input type="checkbox"/> (IDカード発行希望者のみ) 公の機関が発行した顔写真入り身分証の写し 例：運転免許証、日本国旅券、マイナンバーカード <input type="checkbox"/> (認定期間延長者のみ) 現在認定を受けているプロバイダーが発行した、延長後の認定期間が記された通知文等の写し				

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 「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。